

# Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan **2024**

Transformasi Berkelanjutan:  
Transformasi Menuju Indonesia Maju

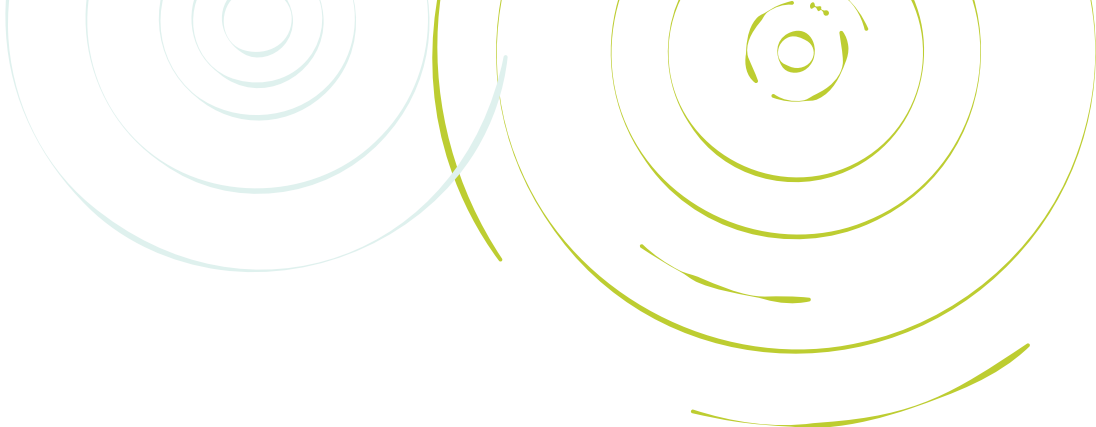
## KATA SAMBUTAN

“

Kami mengapresiasi kontribusi seluruh jajaran Kementerian Kesehatan, namun masih ada hal yang perlu ditingkatkan. Kami mendorong semua pejabat dan pegawai untuk terus bekerja bersama dalam perbaikan bagi Kementerian Kesehatan dan Indonesia.

”





Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya sehingga Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2024 dapat diselesaikan pada waktunya.

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

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

Laporan Kinerja ini menyajikan capaian kinerja yang dicapai oleh Kementerian Kesehatan selama Tahun 2024 dengan membandingkannya terhadap target

kinerja yang telah diperjanjikan untuk Tahun 2024. Capaian kinerja pada tahun 2024 menjadi bahan evaluasi guna terus meningkatkan kinerja kami ke depan.

Seluruh kebijakan, program dan kegiatan tahun 2024 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 hal-hal 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.

Jakarta, Februari 2025  
Menteri Kesehatan

**BUDI G. SADIKIN**

**PERNYATAAN TELAH DIREVIU  
ATAS LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
TAHUN ANGGARAN 2024**

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Kementerian Kesehatan RI untuk Tahun Anggaran 2024 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 hasil reviu, kami meyakini keandalan informasi yang disajikan dalam Laporan Kinerja ini, meskipun ada beberapa kekurangan.

Jakarta, 9 Februari 2025  
Inspektur Jenderal Kemenkes



**Murti Utami**

Tembusan:  
Menteri Kesehatan RI

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





## IKHTISAR EKSEKUTIF

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

Kementerian Kesehatan juga telah menyusun strategi dan arah kebijakan bidang kesehatan yang adaptif dan responsif untuk menjawab semua tantangan yang ada melalui transformasi kesehatan, dan sejalan dengan itu Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk melakukan transformasi kesehatan yang terdiri dari 6 Pilar yaitu

1. Transformasi layanan primer;
2. Transformasi layanan rujukan;
3. Transformasi sistem ketahanan kesehatan;
4. Transformasi sistem pembiayaan kesehatan;
5. Transformasi SDM kesehatan;
6. Transformasi teknologi kesehatan.

Sepanjang tahun 2024, Kementerian Kesehatan telah mencatatkan sejumlah keberhasilan dalam pencapaian sasaran strategis dan Indikator Sasaran Strategis yang merupakan Indikator Kinerja Utama (IKU) Kementerian Kesehatan. Dari 35 Indikator Kinerja pada 17 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2024, terdapat 25 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang pencapaiannya mencapai target  $\geq 95\%$  (kategori sudah tercapai *on track/on trend*), terdapat 6 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai target  $< 95\%$  dan  $\geq 75\%$

(kategori perlu kerja keras), dan terdapat 4 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai target  $< 75\%$  (kategori sulit tercapai).

Pencapaian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan transformasi di Kementerian Kesehatan sudah berjalan *on track* dan Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk terus meningkatkan pelaksanaan transformasi kesehatan agar dapat mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan.

Beberapa kendala yang masih dihadapi Kementerian Kesehatan dalam pencapaian target yang telah ditetapkan diantaranya a) perbedaan penetapan target sasaran penerima layanan dasar pada pelaksanaan SPM di Kabupaten/Kota, b) penurunan pendapatan akibat pandemi beberapa waktu yang lalu menyebabkan penurunan daya beli di masyarakat maupun di rumah tangga sehingga memperlambat penurunan stunting c) penurunan insidensi TB belum mencapai target yang ditetapkan dikarenakan masyarakat enggan mendatangi fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pengobatan. d) persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar belum memenuhi target dikarenakan rendahnya minat tenaga dokter dan tenaga kesehatan untuk bekerja sebagai Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) di lokasi khusus, serta e) Komitmen dan koordinasi lintas sektor di pusat dan daerah belum sepenuhnya terjalin dengan baik sehingga diperlukan penguatan komitmen di pusat hingga desa dan komitmen masyarakat penerima layanan kesehatan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Laporan Kinerja ini diharapkan dapat memberikan informasi yang transparan dan akuntabel bagi semua pemangku kepentingan dan menjadi bahan evaluasi dalam rangka meningkatkan pengelolaan kinerja Kementerian Kesehatan untuk dapat terus memberikan andil yang semakin besar dalam mewujudkan cita-cita berbangsa dan bernegara di bidang kesehatan.

## VISI

Sejalan dengan visi Presiden untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan

### OUTCOME RP JMN BIDANG KESEHATAN

Meningkatkan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana dan kesehatan reproduksi

Mempercepat perbaikan gizi masyarakat

Memperbaiki pengendalian penyakit

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)

Memperkuat sistem kesehatan & pengendalian obat dan makanan

### 6 PILAR TRANSFORMASI

#### 1 Transformasi Layanan Primer

##### Edukasi Penduduk

Penguatan peran kader, kampanye, dan membangun gerakan, melalui platform digital dan tokoh masyarakat

##### Pencegahan Primer

Penambahan imunisasi rutin menjadi 14 antigen dan perluasan cakupan di seluruh Indonesia

##### Pencegahan Sekunder

Screening 14 penyakit penyebab kematian tertinggi di tiap sasaran usia, screening stunting, & peningkatan ANC untuk kesehatan ibu & bayi

##### Meningkatkan Kapasitas dan Kapabilitas Layanan Primer

Revitalisasi jejaring dan standardisasi layanan Puskesmas, Posyandu, Labkesmas & kunjungan rumah

#### 2 Transformasi Layanan rujukan

##### Meningkatkan Ketahanan Sektor Farmasi & Alat Kesehatan

Pengembangan jejaring layanan penyakit prioritas, perbaikan tata kelola RS Pemerintah

#### 3 Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan

##### Meningkatkan Ketahanan Sektor Farmasi & Alat Kesehatan

Produksi dalam negeri 14 antigen vaksin imunisasi rutin, top 10 bahan baku obat, top 10 alkes by volume & value

##### Pencegahan Primer

Penambahan imunisasi rutin menjadi 14 antigen dan perluasan cakupan di seluruh Indonesia

#### 4 Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan

Pengembangan jejaring layanan penyakit prioritas, perbaikan tata kelola RS Pemerintah

#### 5 Transformasi SDM Kesehatan

Penambahan kuota mahasiswa, beasiswa dalam & luar negeri, kemudahan penyetaraan nakes lulusan luar negeri

#### 6 Transformasi Teknologi Kesehatan

Pengembangan dan pemanfaatan teknologi, digitalisasi dan bioteknologi di sektor kesehatan

- Teknologi Informasi
- Bioteknologi

# Daftar Isi

|                                                                                   |                            |                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------|----|
|  | <b>Pendahuluan</b>         | Latar Belakang                                          | 4  |
|                                                                                   |                            | Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi                  | 6  |
|                                                                                   |                            | Isu Strategis                                           | 11 |
|                                                                                   |                            | Sistematika Laporan Kinerja                             | 14 |
| <br>                                                                              |                            |                                                         |    |
|  | <b>Perencanaan Kinerja</b> | Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024 | 31 |
|                                                                                   |                            | Perjanjian Kinerja Tahun 2024                           | 36 |





## Akuntabilitas Kinerja

Capaian Kinerja Organisasi

61

Realisasi Anggaran

319



## Penutup

439

# Daftar Tabel

## BAB II

|     |                                                                                 |    |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 | Tujuan dan Sasaran Strategis Kemenkes                                           | 72 |
| 2.2 | Tujuan, Sasaran Strategis dan indikator Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan | 74 |
| 2.3 | Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2024                             | 80 |

## BAB III

|      |                                                                                                                                   |     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1  | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 1: Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan Pendekatan keluarga                  | 84  |
| 3.2  | Realisasi Kinerja Indikator Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM                                                       | 85  |
| 3.3  | Data kabupaten/kota yang melaksanakan SPM Tahun 2024 sampai dengan TW II 2024                                                     | 86  |
| 3.4  | Realisasi Kinerja Indikator AKI (per 100.000 kelahiran hidup)                                                                     | 98  |
| 3.5  | Realisasi Kinerja Indikator AKB (per 1.000 kelahiran hidup)                                                                       | 102 |
| 3.6  | Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi Stunting                                                                                   | 105 |
| 3.7  | Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi Wasting                                                                                    | 109 |
| 3.8  | Tantangan dan Upaya Program HIV AIDS dan PIMS Tahun 2022–2023                                                                     | 117 |
| 3.9  | Perbandingan Penurunan Angka Insidensi 3 negara beban TB tertinggi                                                                | 123 |
| 3.10 | Penyebaran Penduduk berdasarkan Endemisitas                                                                                       | 127 |
| 3.11 | Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai Tahun 2023                                                                        | 128 |
| 3.12 | Capaian Deteksi Dini (DD) Obesitas berdasarkan Provinsi Semester I Tahun 2024                                                     | 156 |
| 3.13 | Persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun berdasarkan data ASIK Semester I Tahun 2024                                          | 159 |
| 3.14 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 2: Terpenuhinya Sarana, Prasarana, Obat, Bmhp, dan Alat Kesehatan Yankes Primer                | 167 |
| 3.15 | Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat sesuai Standar | 177 |
| 3.16 | Daftar Obat Indikator                                                                                                             | 178 |
| 3.17 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 3: Menguatnya Tata Kelola Manajemen Pelayanan dan Kolaborasi Publik–Swasta                     | 182 |

## BAB III

---

|      |                                                                                                                                                                                            |     |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.18 | Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi dengan FKTP Sesuai Standar (Target & Capaian Tahun 2020–2024)                                                        | 183 |
| 3.19 | Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan)                                                                                                                         | 190 |
| 3.20 | Target dan Realisasi Indikator Persentase Klinik Pratama Dan Praktek Mandiri Dokter Yang Melakukan Pelayanan Program Prioritas                                                             | 193 |
| 3.21 | Distribusi Jumlah Klinik Pratama dan Praktik Mandiri Dokter yang Telah Melakukan Jejaring dengan Puskesmas dan Melakukan Pelayanan Program Prioritas Nasional                              | 194 |
| 3.22 | Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan                                                                        | 201 |
| 3.23 | Jumlah Efiseinsi Sumber Daya                                                                                                                                                               | 219 |
| 3.24 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 5: Menguatnya tata Kelola manajemen dan pelayanan spesialisik                                                                                           | 221 |
| 3.25 | Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2024                                                                                 | 222 |
| 3.26 | Perbandingan capaian kinerja Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit tahun ini dengan tahun lalu                                                                               | 223 |
| 3.27 | Perbandingan Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir                    | 223 |
| 3.28 | Perbandingan Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah Renstra (target 2024)                             | 223 |
| 3.29 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 6: Menguatnya dan Terdistribusinya Mutu RS, Layanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain                                                              | 224 |
| 3.30 | Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan)                                                                                                                         | 226 |
| 3.31 | Membandingkan indikator Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional antara target dan realisasi kinerja tahun ini                                                      | 230 |
| 3.32 | Membandingkan Membandingkan indikator Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional antara target apaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir | 231 |

# Daftar Tabel

## BAB III

|      |                                                                                                                                                                  |     |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.33 | Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024) yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi | 231 |
| 3.34 | Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional                                                                                                | 231 |
| 3.35 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 7: Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri                        | 233 |
| 3.36 | Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri                                                 | 233 |
| 3.37 | Daftar Bahan Baku Obat dan Obat 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri Sampai Dengan Semester I Tahun 2024                                                     | 234 |
| 3.38 | Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri                                       | 236 |
| 3.39 | Daftar Alat Kesehatan yang di Produksi di Dalam Negeri Sampai Dengan Semester I Tahun 2024                                                                       | 238 |
| 3.40 | Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Vaksin 10 Terbesar yang di Produksi Di Dalam Negeri                                                               | 242 |
| 3.41 | Daftar Vaksin yang Dikembangkan dan Di Produksi Dalam Negeri                                                                                                     | 243 |
| 3.42 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 8                                                                                                                             | 244 |
| 3.43 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 9: Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan                                                             | 248 |
| 3.44 | Analisis Capaian Kinerja Indikator Sistem Penanganan Bencana                                                                                                     | 249 |
| 3.45 | Jumlah provinsi yang sudah memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau Klaster Kesehatan sampai dengan akhir Semester I tahun 2024 (pusKrisis)                  | 250 |
| 3.46 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 10: Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif                                   | 255 |
| 3.47 | Tabel Pelaksanaan Skrining Riwayat Kesehatan Diabetes Melitus dan Hipertensi Semester I Tahun 2024                                                               | 257 |
| 3.48 | Pelaksanaan Skrining Kesehatan Tertentu Diabetes Melitus dan Hipertensi Tahun 2023                                                                               | 257 |
| 3.49 | Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan Tahun 2022, 2023 dan 2024           | 258 |

## BAB III

---

|      |                                                                                                                                                                                                        |     |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.50 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 11: Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai universal health coverage (UHC)                                 | 259 |
| 3.51 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 12: Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas                                                                                            | 262 |
| 3.52 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 13: Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan                                                                                           | 265 |
| 3.53 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 14: Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan                                                                                       | 268 |
| 3.54 | Baseline Data Instansi Pengguna Jabatan Fungsional Kesehatan (JFK)                                                                                                                                     | 269 |
| 3.55 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 15: Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti | 272 |
| 3.56 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 16: Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti                                                                                                                 | 278 |
| 3.57 | Capaian IKU pada Sasaran Strategis 17: Meningkatnya tatakelola pemerintahan yang baik                                                                                                                  | 280 |
| 3.58 | Data Capaian Indek Tata Kelola Yang Baik sampai akhir Tahun Anggaran 2023                                                                                                                              | 281 |
| 3.59 | Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024                                                                                                                                   | 287 |
| 3.60 | Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja menurut Jenis Belanja Tahun 2024                                                                                                                                | 270 |
| 3.61 | Anggaran dan Realisasi Belanja Menurut Program Tahun 2024                                                                                                                                              | 287 |
| 3.62 | Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja Menurut Unit Eselon I Tahun 2024                                                                                                                                | 288 |



# Daftar Grafik

## BAB I

---

|     |                                                                                                   |    |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1 | Data pegawai Kementerian Kesehatan Tahun 2024                                                     | 4  |
| 1.2 | Tren total belanja kesehatan Indonesia atas harga dasar berlaku dan harga konstan tahun 2012–2020 | 67 |

## BAB III

---

|      |                                                                                 |     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1  | Perbandingan Indikator Capaian SPM Tahun 2021, 2022, 2023 & 2024                | 86  |
| 3.2  | Perbandingan Target & Capaian AKI Tahun 2015 – 2024                             | 98  |
| 3.3  | Distribusi Angka Kematian Ibu Per Wilayah Provinsi TW I 2024                    | 99  |
| 3.4  | Tren Angka Kematian Bayi di Indonesia                                           | 102 |
| 3.5  | Capaian AKB Per Provinsi                                                        | 103 |
| 3.6  | Capaian Indikator Stunting 2021–2024                                            | 106 |
| 3.7  | Prevalensi Balita Stunting berdasarkan Provinsi                                 | 106 |
| 3.8  | Capaian Indikator Wasting 2022–2024                                             | 110 |
| 3.9  | Prevalensi Balita Wasting Per Provinsi                                          | 110 |
| 3.10 | Estimasi Jumlah Infeksi Baru HIV Tahun 1990–2022                                | 113 |
| 3.11 | Capaian Insiden HIV pada Negara ASEAN Tahun 2022                                | 113 |
| 3.12 | Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2020–2024                                | 114 |
| 3.13 | Perkembangan Menuju Target 95–95–95 s.d Juni 2024                               | 115 |
| 3.14 | Insidensi TB 2020–2022                                                          | 122 |
| 3.15 | Target dan Capaian Insidensi TB di Indonesia Tahun 2020–2024                    | 123 |
| 3.16 | Cakupan Penemuan Kasus TBC Tahun 2020 – Semester I Tahun 2024                   | 125 |
| 3.17 | Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia Tahun 2020–2024                          | 130 |
| 3.18 | Capaian Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah Semester I Tahun 2024   | 130 |
| 3.19 | Persentase Pengobatan Standar Semester I Tahun 2024                             | 126 |
| 3.20 | Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi kusta Tahun 2020–2024 | 135 |

## BAB III

---

|      |                                                                                                                                              |     |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.21 | Target dan Capaian Indeks Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2022–2024                                                                      | 141 |
| 3.22 | Target dan Capaian Indikator Komposit Indeks Pengendalian Penyakit Menular Semester I Tahun 2024                                             | 141 |
| 3.23 | Target dan Capaian Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi Tahun 2020–2024                                               | 142 |
| 3.24 | Jumlah Kab/Kota eliminasi Rabies Per Provinsi Tahun 2022–2024                                                                                | 143 |
| 3.25 | Target dan Capaian Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD $\leq 10$ per 100.000 penduduk Tahun 2020–2024                              | 144 |
| 3.26 | Target dan Capaian Kab/Kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi Tahun 2020–2024                                                       | 145 |
| 3.27 | Kab/Kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi Semester I Tahun 2024                                                                    | 146 |
| 3.28 | Prevalensi Obesitas pada penduduk usia $\geq 18$ tahun                                                                                       | 154 |
| 3.29 | Target dan Capaian Prevalensi Obesitas pada penduduk usia $\geq 18$ tahun                                                                    | 155 |
| 3.30 | Persentase merokok pada penduduk usia 10–18 hasil Riskesdats dan ASIK                                                                        | 159 |
| 3.31 | Target dan Capaian Kab/kota yang menerapkan KTR Tahun 2020–2024                                                                              | 161 |
| 3.32 | Target dan Capaian Kab/kota yang menyelenggarakan Layanan UBM Tahun 2020–2024                                                                | 162 |
| 3.33 | Target dan Capaian Kab/Kota Sehat Tahun 2020–2024                                                                                            | 165 |
| 3.34 | Persentase Kabupaten/kota dengan Rata-rata Pemenuhan SPA Puskesmas di Wilayahnya                                                             | 169 |
| 3.35 | Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar Tahun 2024 | 179 |
| 3.36 | Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar Semester I Tahun 2024 per Provinsi ..              | 180 |
| 3.37 | Jumlah Klinik Pratama dan TPMD yang Melakukan Pelayanan Program Prioritas                                                                    | 194 |
| 3.38 | Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi SPA sesuai standar                                                               | 203 |
| 3.39 | Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri Semester I Tahun 2024       | 234 |

# Daftar Grafik

## BAB III

---

|             |                                                                                                                                                |            |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>3.40</b> | Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value Semester I Tahun 2024                            | <b>237</b> |
| <b>3.41</b> | Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri Semester I Tahun 2024                        | <b>242</b> |
| <b>3.42</b> | Target dan Capaian Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabwah                                                                  | <b>246</b> |
| <b>3.43</b> | Trend Perbandingan Target & Realisasi Indikator Sasaran Strategis (ISS) Semester I Tahun 2022, 2023, & 2024                                    | <b>251</b> |
| <b>3.44</b> | Total Belanja Kesehatan 2014 – estimasi 2023                                                                                                   | <b>260</b> |
| <b>3.45</b> | Perbandingan target dan realisasi indikator Proporsi Out Of Pocket (OOP) terhadap total belanja kesehatan Tahun 2022, 2023 dan 2024            | <b>260</b> |
| <b>3.46</b> | Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Kebijakan yang Berkualitas dan dapat Diimplementasikan Tahun 2022, 2023 dan Semester I Tahun 2024 | <b>279</b> |

# Daftar Gambar

## BAB I

---

|      |                                                                                  |    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1  | Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan                                  | 4  |
| 1.2  | Tiga Mandat Presiden Joko Widodo ke Menteri Kesehatan                            | 6  |
| 1.3  | Pelayanan di Posyandu                                                            | 7  |
| 1.4  | Pemberian Makanan Tambahan                                                       | 9  |
| 1.5  | Kegiatan Promosi Kesehatan                                                       | 12 |
| 1.6  | Kegiatan transformasi pelayanan primer                                           | 14 |
| 1.7  | Upaya intervensi stunting melalui intervensi sebelum bayi lahir                  | 16 |
| 1.8  | Pelaksanaan Layanan HIV/AIDS dalam Skema Jaminan Kesehatan Nasional              | 21 |
| 1.9  | Pengembangan Fasilitas Pelayanan Rujukan                                         | 26 |
| 1.10 | Kunjungan Menteri Kesehatan perbaikan kualitas layanan RS di Indonesia           | 26 |
| 1.11 | Pembangunan Rumah Sakit Pratama di sejumlah daerah                               | 28 |
| 1.12 | Pelatihan continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)                       | 32 |
| 1.13 | Kunjungan Kerja Wakil Menteri Kesehatan pada RS Jiwa                             | 33 |
| 1.14 | Peresmian RSUP dr. Ben Mboi oleh Presiden RI                                     | 34 |
| 1.15 | Apel ketahanan tanggap darurat                                                   | 42 |
| 1.16 | Upaya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan di seluruh Indonesia                | 46 |
| 1.17 | Academic Health System (AHS) atau Sistem Kesehatan Akademik                      | 48 |
| 1.18 | Academic Health System (AHS) pada Rumah Sakit Pendidikan                         | 49 |
| 1.19 | FK dan prodi dokter spesialis                                                    | 50 |
| 1.20 | Beasiswa Fellowship Dokter Spesialis dalam dan luar negeri oleh Menteri Keuangan | 52 |
| 1.21 | Penugasan khusus bagi tenaga kesehatan dan tenaga medis di puskesmas             | 54 |
| 1.22 | Penggunaan satu platform Indonesia Health Services (IHS) SATUSEHAT               | 58 |
| 1.23 | Pengobatan Presisi Melalui BGSi                                                  | 62 |
| 1.24 | Platform ketiga BGSi adalah bioinformatika                                       | 65 |
| 1.25 | Keterkaitan kemiskinan dan kesehatan                                             | 68 |

# Daftar Gambar

## BAB II

|     |                                                             |    |
|-----|-------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 | Keterkaitan Visi, Misi, Tujuan & Sasaran Strategis Kemenkes | 73 |
| 2.2 | Cascading Kinerja Renstra Kementerian Kesehatan 2020–2024   | 76 |
| 2.3 | Cascading Kinerja Transformasi Layanan Primer               | 77 |
| 2.4 | Cascading Kinerja Transformasi Layanan Rujukan              | 77 |
| 2.5 | Cascading Kinerja Transformasi Ketahanan Kesehatan          | 78 |
| 2.6 | Cascading Kinerja Transformasi Pembiayaan Kesehatan         | 78 |
| 2.7 | Cascading Kinerja Transformasi SDM Kesehatan                | 79 |
| 2.8 | Cascading Kinerja Transformasi Teknologi dan Tata Kelola    | 79 |

## BAB III

|      |                                                                                                                                               |     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1  | Percepatan Penurunan Stunting Membutuhkan Peran Lintas Sektor, Peran Aktif Pemda, Organisasi Kemasyarakatan, Swasta, dan Organisasi Keagamaan | 108 |
| 3.2  | Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2023                                                                                              | 127 |
| 3.3  | Penyerahan Sertifikat Bebas Frambusia kepada 99 Bupati/Walikota                                                                               | 137 |
| 3.4  | Monitoring Supervisi Secara Daring Pembangunan Infrastruktur Puskesmas Lokus DTPK                                                             | 172 |
| 3.5  | Kunjungan Langsung ke Lokasi Pembangunan                                                                                                      | 173 |
| 3.6  | Pendampingan Secara Online                                                                                                                    | 174 |
| 3.7  | Pendampingan dan Supervisi ke Lokasi Pembangunan Pembangunan Puskesmas di Kecamatan tanpa Puskesmas                                           | 175 |
| 3.8  | Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas                                                                                              | 185 |
| 3.9  | Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Klinik Pratama                                                                                         | 185 |
| 3.10 | Pelaksanaan Survei Kepuasan Pasien di RSUD Balige TA 2023                                                                                     | 191 |
| 3.11 | Pelaksanaan Survei Kepuasan Pasien di RSUD dr. Wahidin Sudirohusodo TA 2023                                                                   | 192 |
| 3.12 | Pembangunan Rumah Sakit UPT Vertikal Surabaya                                                                                                 | 205 |
| 3.13 | Pembangunan Rumah Sakit UPT Vertikal Makassar                                                                                                 | 206 |
| 3.14 | Rencana Lokasi Pembangunan Rumah Sakit UPT Vertikal Makassar                                                                                  | 207 |

## BAB III

---

|      |                                                                                                                                                                   |     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.15 | Pembangunan Rumah Sakit Vertikal IKN                                                                                                                              | 208 |
| 3.16 | Pembangunan Rumah Sakit UPT Vertikal di Papua                                                                                                                     | 209 |
| 3.17 | Penyediaan Alat Kesehatan untuk penyakit prioritas                                                                                                                | 210 |
| 3.18 | Penyusunan Pedoman Alkes KJS                                                                                                                                      | 211 |
| 3.19 | Sosialisasi NSPK Bidang Peralatan Kesehatan                                                                                                                       | 212 |
| 3.20 | Monev RS Vertikal                                                                                                                                                 | 212 |
| 3.21 | Monev RSUD                                                                                                                                                        | 213 |
| 3.22 | Peta Jalan pemenuhan Labkesda                                                                                                                                     | 213 |
| 3.23 | Kegiatan Pemetaan Pemenuhan SPA Labkesda melalui ASPAK                                                                                                            | 214 |
| 3.24 | Kegiatan Bimbingan Teknis Peningkatan Kemampuan Labkesda sesuai standar                                                                                           | 214 |
| 3.25 | Kunjungan dan bimbingan teknis pengisian ASPAK Labkes                                                                                                             | 215 |
| 3.26 | Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan melalui daring (online)                                             | 216 |
| 3.27 | Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan melalui Kunjungan Lapangan                                          | 217 |
| 3.28 | Salah satu Laboratorium Kesehatan dengan bersumber Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan                                                               | 217 |
| 3.29 | Pelaksanaan Survei Kepuasan Pasien di RSUD Balige TA 2023                                                                                                         | 227 |
| 3.30 | Pelaksanaan Survei Kepuasan Pasien di RSUD dr. Wahidin Sudirohusodo TA 2023                                                                                       | 228 |
| 3.31 | Perbandingan Diagram Batang Target dan Capaian Indikator Persentase Faskes dengan SDMK Sesuai Standar Semester I Tahun 2023, dengan Semester I Tahun 2024         | 263 |
| 3.32 | Perbandingan Target dan Capaian Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan Dengan SDM Kesehatan Yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya pada Tahun 2023 – 2024       | 267 |
| 3.33 | Perbandingan Target dan Capaian Indikator Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Mengimplementasikan Sistem Data dan Aplikasi Kesehatan Indonesia pada Tahun 2022 – 2024 | 273 |
| 3.34 | Perbandingan Target dan Capaian Indikator Jumlah Sistem Bioteknologi Kesehatan Terstandar dan Terintegrasi yang Diimplementasikan Pada Tahun 2022 – 2024          | 275 |
| 3.35 | Perbandingan Diagram Batang Target dan Capaian Indikator Persentase Faskes dengan SDMK Tersertifikasi pada Semester I Tahun 2024                                  | 280 |





## BAB 1

# Pendahuluan

Bab ini memperkenalkan perjalanan laporan, seperti partikel kecil yang muncul dipermukaan yang nanti akan berkembang menjadi lebih besar dan banyak.





**BUDI GUNADI  
SADIKIN**

Menteri Kesehatan



## A. LATAR BELAKANG

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

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

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

Sejak ditetapkan Renstra Kementerian Kesehatan pada 2020, telah terjadi disrupsi besar-besaran dalam kehidupan manusia bahkan pada skala global karena adanya pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). Wabah COVID-19 yang kemudian diperkirakan akan menjadi endemik sehingga memaksa pemerintah di seluruh dunia untuk menyesuaikan kebijakannya sekaligus membangun konsep untuk perubahan cara hidup masyarakatnya.

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

1. Kementerian Kesehatan memiliki tanggung jawab besar untuk pencapaian target strategi nasional di bidang kesehatan, yaitu terkait dengan kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, gerakan masyarakat hidup sehat dan penguatan sistem kesehatan. Kementerian Kesehatan harus melakukan terobosan dan inovasi guna percepatan pencapaian target nasional pada tahun 2024 dan target *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2030 di bidang kesehatan.
2. Pandemi COVID-19 telah menyadarkan seluruh pemangku kepentingan kesehatan bahwa:
  - a. Kesehatan merupakan isu prioritas dan menekankan pentingnya ketahanan (resiliensi) sistem kesehatan
  - b. Adanya permasalahan sistemik yang harus diperbaiki, seperti:
    - Biaya kesehatan yang terus meningkat, namun tidak efektif dan efisien dalam pemanfaatannya
    - Masih banyak permasalahan kesehatan yang persisten
    - Beragam tantangan dalam peningkatan kualitas layanan primer
    - Akses ke layanan rujukan yang masih terbatas
    - Ketergantungan kefarmasian dan alat kesehatan pada impor
    - Kebutuhan peningkatan deteksi dini dan surveilans, serta penguatan respons terhadap situasi krisis
    - Pengeluaran kesehatan yang masih berfokus pada upaya kuratif
    - Terdapat beragam skema pembiayaan kesehatan yang perlu diharmonisasikan.
    - Kekurangan jumlah dan pemerataan

Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan yang berkualitas

- Perencanaan kebutuhan dan pemetaan jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan belum terintegrasi dengan penyediaan dan pemenuhannya
  - Pemanfaatan teknologi digital yang masih terbatas
  - Keterbatasan layanan laboratorium kesehatan masyarakat yang memenuhi standar dalam upaya promotif dan preventif
- c. Perlunya peningkatan kapasitas dan ketahanan sistem kesehatan dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit perlu mempertimbangkan kecepatan pemeriksaan sampel laboratorium dan ketepatan informasi hasil yang bertujuan untuk mengetahui pola sebaran penyakit. Untuk itu diperlukan penguatan kapasitas laboratorium kesehatan masyarakat baik dari segi sarana prasarana dan SDM yang mempunyai kemampuan baik dari segi manajerial dan operasional laboratorium kesehatan masyarakat.
3. Adanya arahan dari Presiden Republik Indonesia kepada Kementerian Kesehatan tentang tiga hal, yaitu:
    - Percepatan pelaksanaan vaksinasi untuk mewujudkan *herd immunity*
    - Penanganan pandemi secara lebih baik dan berkelanjutan
    - Transformasi sektor kesehatan

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

1. Target perluasan layanan BPJS Kesehatan hingga mencapai 98% dari populasi dengan target cakupan perluasan Penerima Bantuan Iuran (PBI) mencapai 112,9 juta jiwa pada 2024.

2. Kebutuhan penggunaan teknologi digital yang semakin luas untuk berbagai sektor layanan, termasuk kesehatan.
3. Masyarakat sudah terbiasa dan mudah untuk berubah, dan bahkan akan selalu menuntut perubahan jika dirasa perlu untuk perbaikan layanan umum.

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

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

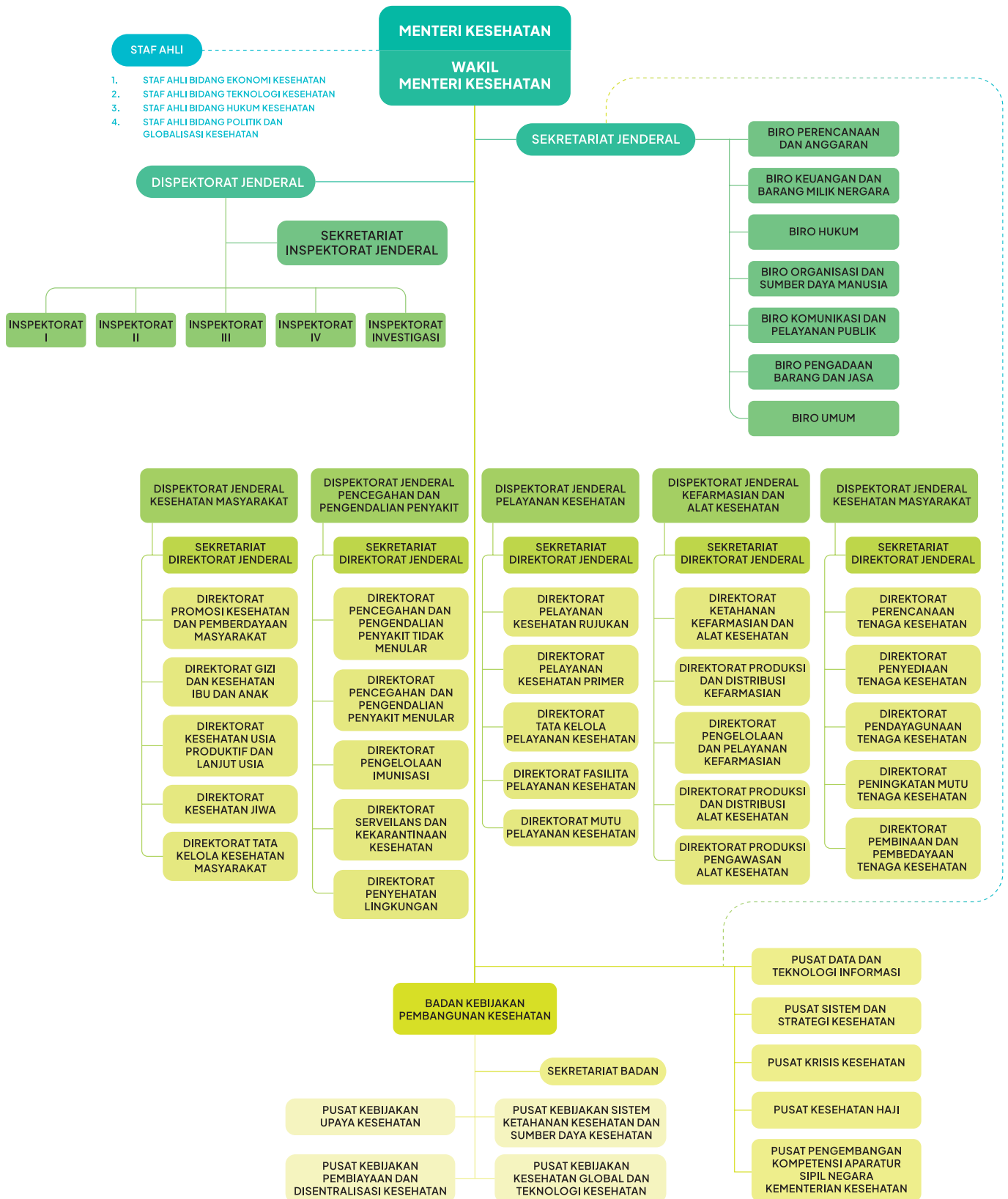
## B. TUGAS, FUNGSI, DAN STRUKTUR ORGANISASI

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

Dalam melaksanakan tugas tersebut, Kementerian Kesehatan mempunyai fungsi: a) perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan, dan tenaga kesehatan; b) koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan, dan pemberian dukungan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan; c) pengelolaan barang milik negara yang menjadi tanggung jawab Kementerian

Kesehatan; d) pengawasan atas pelaksanaan tugas di lingkungan Kementerian Kesehatan; e) pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan Kementerian Kesehatan di daerah; f) pelaksanaan perumusan dan pemberian rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan; dan g) pelaksanaan dukungan yang bersifat substantif kepada seluruh unsur di lingkungan Kementerian Kesehatan.

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

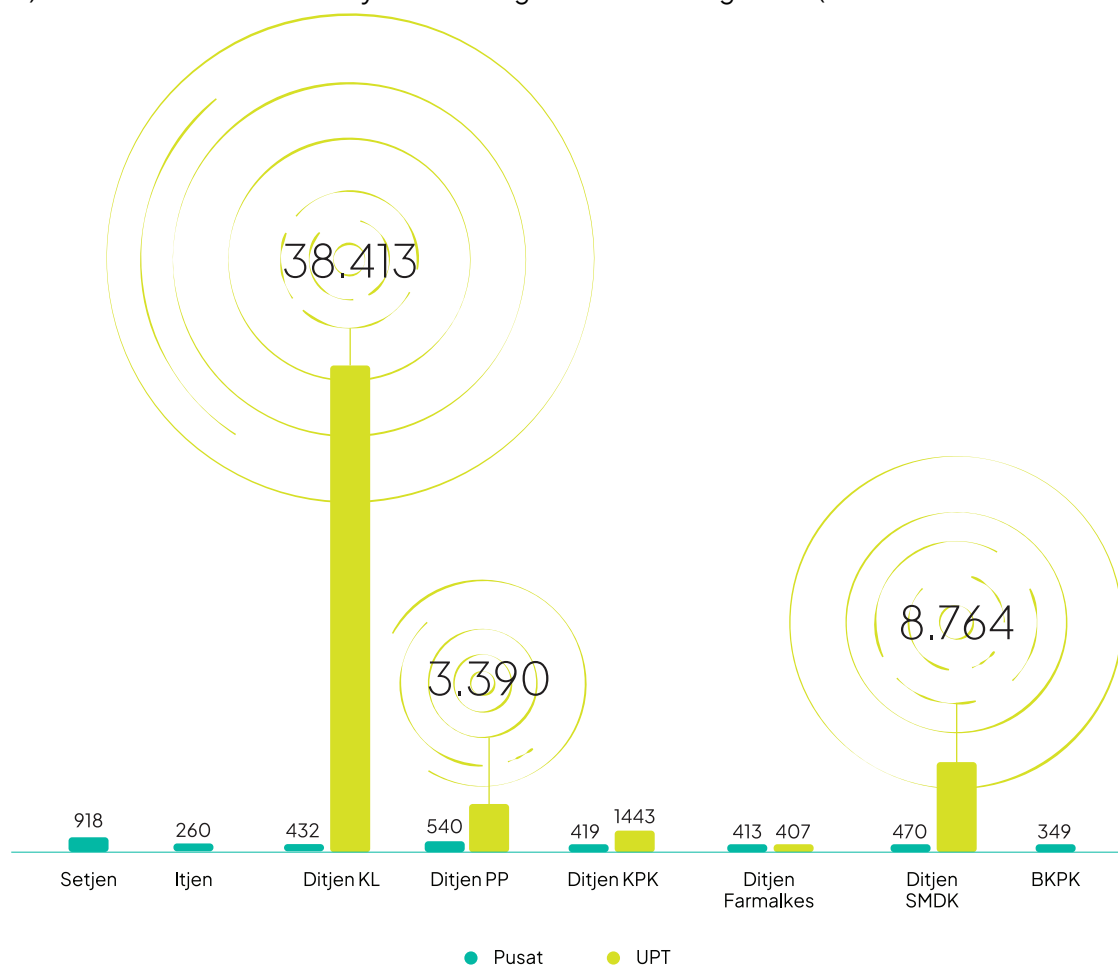


**Gambar 1.1**  
**Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan**



Struktur organisasi Kementerian Kesehatan sebagaimana tergambar di atas didukung oleh Aparatur Sipil Negara (ASN) sebanyak 48.051 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan 5.260 orang Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK). ASN tersebut memiliki kompetensi di bidang kesehatan maupun bidang lain yang diperlukan seperti ekonomi, manajemen, keuangan, hukum, dan sebagainya. Pegawai tersebut ditempatkan di seluruh Unit Eselon I baik di kantor pusat maupun daerah. Selanjutnya pegawai Kementerian Kesehatan tersebar ke dalam Unit Eselon I sebagai berikut: 1) Sekretariat Jenderal sebanyak 862 orang

PNS dan 56 orang PPPK; 2) Inspektorat Jenderal sebanyak 260 orang PNS; 3) Ditjen Kesehatan Lanjutan sebanyak 29.316 orang PNS dan 9.529 orang PPPK; 4) Ditjen Penanggulangan Penyakit sebanyak 3589 orang PNS dan 341 orang PPPK; 5) Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas sebanyak 1.757 orang PNS dan 341 orang PPPK; 6) Ditjen Farmasi dan Alat Kesehatan sebanyak 653 orang PNS dan 167 orang PPPK; 7) Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan sebanyak 8.722 orang PNS dan 512 orang PPPK; dan 8) Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan sebanyak 330 orang PNS dan 19 orang PPPK. (Data SIMKA 7 Februari 2025).



**Gambar 1.1**  
**Data Pegawai Kementerian Kesehatan Tahun 2025**

Sumber: <https://ropeg.kemkes.go.id/statistikpegawai/datapegawai>

Terkait Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1160/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan sebagai Pelaksana Studi dan Riset Bidang Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/754/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Global dan

Teknologi Kesehatan sebagai Pelaksana Kerja Sama Luar Negeri dan Diplomasi Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/755/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan sebagai Pelaksana Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.

## C. ISU STRATEGIS

Periode tahun 2024 merupakan periode yang krusial bagi Kementerian Kesehatan karena merupakan tahun terakhir dalam pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024. Kementerian Kesehatan memainkan peran utama dalam pembangunan kesehatan dengan merangkul seluruh *stakeholder* termasuk swasta dan masyarakat. Sehingga semua pihak merasakan manfaat layanan kesehatan khususnya pada saat pandemi COVID-19. Pada akhirnya disadari bahwa pembangunan kesehatan tidak hanya mewujudkan masyarakat yang sehat secara jasmani tetapi juga sehat secara mental sehingga

tercipta masyarakat Indonesia yang produktif dan berdaya saing.

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

**Gambar 1.2**

**Tiga Mandat Presiden Joko Widodo ke Menteri Kesehatan**



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

Setelah pada tahun 2022 dilakukan perubahan Struktur Organisasi dan Tata Kelola Kementerian Kesehatan dan juga Revisi Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024 yang menampung

substansi Transformasi Kesehatan, pada tahun 2023 terdapat 2 (dua) perubahan besar yaitu Indonesia dinyatakan telah beralih dari masa pandemi menjadi endemi dan disahkannya Rancangan Undang-Undang Kesehatan menjadi Undang-Undang. Pencapaian program prioritas transformasi kesehatan sampai dengan tahun 2024 sebagai berikut:

## 1. Transformasi Layanan Primer

Transformasi kesehatan adalah upaya menyeluruh untuk memperkuat sistem kesehatan agar lebih tangguh, responsif, dan inklusif. Layanan kesehatan primer merupakan salah satu pilar utama dalam transformasi ini karena menjadi titik awal interaksi masyarakat dengan sistem kesehatan.

Kondisi kesehatan sampai dengan saat ini masih dihadapi Indonesia, seperti: tingginya kematian ibu, bayi, neonatal dengan sebagian besar penyebab kematian merupakan kasus yang dapat dicegah ataupun dicegah sebagian. Banyaknya permasalahan kesehatan ibu dan bayi berdampak pada tingginya kasus stunting. Begitupun dengan capaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan yang jauh dari target. Kondisi ini didukung masih banyaknya kendala dalam pemenuhan pelayanan kesehatan primer baik sumber daya manusia, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), maupun peralatan dan sarana dan prasarana termasuk laboratorium pendukung, penyediaan layanan dilakukan berbasis program belum berdasarkan kebutuhan per siklus hidup, serta pemberdayaan masyarakat mengenai kesehatan dilakukan secara terpisah oleh berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer dilaksanakan oleh Puskesmas yang saat ini berjumlah 10.374 Puskesmas dengan 27.768 Puskesmas Pembantu (Pusdatin, 2022) bersama fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan berbagai UKBM. Keberadaan berbagai UKBM sebagai jejaring Puskesmas, seperti Poskesdes (42.051) dan Posyandu (301.068, Komdat Kemas 2022), Posyandu Lansia (109.415, Komdat Kemas 2022), Posyandu Remaja (18.300, Komdat Kemas 2022), Posbindu (79.099, SIPTM 2022) menunjukkan belum terintegrasinya

pemberdayaan masyarakat di tingkat desa/kelurahan. Di sisi lain, masih terdapat 18.193 desa/kelurahan yang tidak memiliki fasilitas kesehatan dalam bentuk Pustu/Poskesdes/ Posyandu (laporan daerah per tanggal 20 Desember 2022) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan.

Transformasi pelayanan kesehatan primer sebagai salah satu pilar dalam transformasi kesehatan dilaksanakan melalui edukasi penduduk dengan Penguatan kampanye, pencegahan primer dengan penambahan imunisasi rutin menjadi 14 antigen dan perluasan cakupan, pencegahan sekunder dengan Skrining 14 penyakit penyebab kematian tertinggi di tiap sasaran usia, dan peningkatan kapasitas serta kapabilitas pelayanan kesehatan primer dengan pembangunan Puskesmas, penyediaan 40 obat esensial, dan pemenuhan SDM kesehatan primer.

Inisiatif utama dalam transformasi pelayanan kesehatan primer adalah: 1) revitalisasi jaringan dan layanan kesehatan primer termasuk Laboratorium Kesehatan Masyarakat, 2) integrasi paket layanan kesehatan primer menurut kebutuhan siklus hidup untuk tiap tingkatan pelayanan dan standardisasi layanan primer termasuk Laboratorium Kesehatan Masyarakat di setiap tingkatan, 3) penguatan peran kader, penguatan kampanye-kampanye dan penggunaan platform edukasi terintegrasi; 4) integrasi sistem informasi secara digital. Upaya ini difokuskan pada: siklus hidup, mendekatkan layanan kesehatan melalui jejaring hingga tingkat desa dan dusun, serta memperkuat Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Sehingga diharapkan seluruh penduduk Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan primer berkualitas, lebih dari 300 ribu unit penyedia pelayanan kesehatan primer dengan fasilitas dan SDM terstandarisasi, seluruh wilayah dan kondisi kesehatan penduduk termonitor secara berkala.

**Gambar 1.3**  
Pelayanan Posyandu





Penataan struktur layanan kesehatan primer membutuhkan pendekatan baru yang berorientasi pada kebutuhan layanan di setiap siklus kehidupan yang diberikan secara komprehensif dan terintegrasi antar tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan. Pendekatan ini melibatkan Puskesmas, unit pelayanan kesehatan di desa/kelurahan yang disebut juga sebagai Puskesmas Pembantu dan Posyandu. Selanjutnya juga akan melibatkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan primer.

Pemenuhan/pemerataan nakes untuk mewujudkan integrasi layanan primer dengan rekrutmen tenaga kesehatan oleh Pemda menggunakan APBD, DAU Earmarked, penugasan khusus Nusantara Sehat, advokasi kepada Kemenpan RB untuk pembukaan

formasi dokter dan nakes lain sesuai rekomendasi kemenkes, advokasi kepada Kemendagri dan Kementerian PDT untuk pemenuhan minimal 5 kader di Posyandu dan pelatihan kader terstandar.

Upaya untuk perbaikan sarana dan prasarana sesuai standar dilakukan melalui skema DAK Fisik, yaitu pembangunan Puskesmas di Kecamatan tanpa Puskesmas, Peningkatan Pustu menjadi Puskesmas; peningkatan sarana, prasarana dan alat kesehatan di Puskesmas; melengkapi alat laboratorium di Puskesmas, Pembangunan Pustu di desa/kelurahan yang tidak memiliki Pustu/Poskesdes, serta melengkapi alat kesehatan di Pustu/Poskesdes.

### Program Penyakit Tidak Menular (PTM)

Dalam transformasi pelayanan primer juga diluncurkan program penyakit tidak menular. Program ini bertujuan untuk mencegah orang sakit dari hulu. Selain itu, juga sebagai tata laksana dini untuk orang dengan faktor risiko. Skrining PTM merupakan bagian Integrasi Layanan Primer pada skrining usia produktif dan lansia. Komitmen dan dukungan pemerintah daerah untuk bergerak aktif mencapai target sasaran. Kerja sama dilakukan bersama Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP), Politeknik Kesehatan, TNI-Polri, dan seluruh pemangku kepentingan terkait sebagai bagian penting dari Pilar Satu Transformasi.

Skrining PTM dilakukan pada 9 jenis penyakit antara lain skrining Diabetes Melitus, Hipertensi, Obesitas, Gangguan Indra, Kanker Payudara, Kanker Leher Rahim, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), stroke dan jantung. Pada tahun 2024, sebanyak

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

#### 1. Intervensi Spesifik Stunting

Layanan primer juga menyangkut penanganan masalah tengkes atau stunting. Stunting adalah kondisi gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang. Kondisi mereka itu ditandai dengan panjang atau tinggi badan yang berada di bawah standar yang ditetapkan Kementerian Kesehatan.

Stunting masih menjadi masalah kesehatan. Apalagi pandemi COVID-19 telah meningkatkan risiko stunting akibat kerawanan pangan dan gizi. Prevalensi stunting nasional berdasarkan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) pada 2019 jumlahnya mencapai 27,67%, menurun pada 2021 menjadi 24,4%, dan pada 2022 turun lagi sebesar 21,6%. Dari hasil pelaporan data rutin melalui aplikasi Sigizi Terpadu, penurunan prevalensi stunting sampai dengan

Juni 2023 secara nasional sebesar 8,82%. Target penurunan prevalensi stunting pada 2023 sebesar 16,0%. Kinerja sebesar 181,41% ini perlu dipertahankan agar target tahun 2023 dapat tercapai. Penurunan prevalensi stunting dari 24,4% di tahun 2021 menjadi 21,6% di tahun

2022 yang terjadi di masa pandemi COVID-19 adalah pencapaian luar biasa. Diperkuat lagi dengan penurunan yang terjadi selama semester I 2023. Namun dibutuhkan upaya lebih tajam untuk mencapai target penurunan stunting 14% pada 2024 mendatang.

## 2. Wasting (Kurus dan Sangat Kurus) pada Balita

Kementerian Kesehatan melalui Rencana Strategis Kementerian tahun 2020–2024 berkomitmen untuk mendukung pencapaian target perbaikan gizi yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024. Targetnya menurunkan prevalensi stunting dan wasting pada balita menjadi 14% dan 7% pada tahun 2024.

Dari hasil pelaporan data rutin melalui aplikasi Sigizi Terpadu, prevalensi wasting sampai dengan Juni 2023 secara nasional sebesar 4,67%. Sementara, di tahun 2022 prevalensi wasting tercapai 7,1% dari target 7,5%. Angka pencapaian prevalensi wasting di semester I 2023 juga sudah di atas target nasional. Target untuk tahun 2023 penurunannya sebesar 7%. Kinerja sebesar 156,31 ini perlu dipertahankan agar target tahun 2023 dapat tercapai.

Terkait angka stunting, jika dilihat berdasarkan kelompok umur, ada dua kelompok umur yang sangat signifikan dan penting untuk dilakukan intervensi. Yang pertama kondisi sebelum kelahiran sebesar 18,5% di tahun 2022 dan kelompok usia 6–11 bulan yang meningkat tajam 1,6 kali menjadi 22,4%. Sejumlah faktor yang memengaruhi penurunan stunting adalah inisiasi menyusui dini, pemberian ASI eksklusif, pemberian protein hewani dan konseling gizi.

Capaian pada inisiasi menyusui dini pada 2021 mencapai 47,2% meningkat menjadi 60,1% pada 2022. Sementara pada sisi anak yang diberi ASI juga meningkat dari 73,5% pada 2021 menjadi 96,4% pada 2022. Di sisi lain, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan justru menurun dari 48,2% pada 2021 menjadi 16,7% di 2022. Dalam pemberian protein hewani terjadi peningkatan dari 35,5% pada 2021 menjadi 69,9% setahun kemudian.

Untuk konseling gizi sudah dilakukan pada sasaran sebesar 21% pada 2021 dan meningkat menjadi 69,9% pada 2022. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2021 terdapat indikator spesifik dan sensitif untuk penanggulangan stunting. Fokusnya pada tiga kelompok sasaran, yaitu remaja putri, ibu hamil, dan balita.

Terdapat 11 program kesehatan yang didorong untuk mencapai indikator spesifik dan sensitif tersebut. Program tersebut terdiri dari skrining anemia bagi remaja putri, konsumsi tablet tambah darah bagi remaja putri, pemeriksaan kehamilan (ANC), konsumsi tablet tambah darah ibu hamil serta pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK). Selain itu juga dilakukan pemantauan pertumbuhan kembang balita, pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI yang diberikan kepada bayi ketika menginjak usia 6 bulan (MPASI) kaya protein hewani bagi balita dua tahun, tata laksana balita dengan masalah gizi, peningkatan cakupan dan perluasan imunisasi, serta edukasi remaja, ibu hamil, dan keluarga termasuk pemecuan bebas Buang Air Besar Sembarangan (BABS).

Dari 11 program tersebut, delapan program telah mencapai target pada tahun 2022. Ke delapan target itu di antaranya remaja putri mendapatkan tablet tambah darah (TTD), ibu hamil mendapatkan TTD dan ibu hamil kurang energi kronis (KEK) mendapat tambahan asupan gizi. Selain itu juga bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif, balita dipantau pertumbuhan, dan balita gizi kurang mendapat tambahan asupan gizi.

Balita gizi buruk mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk, dan bayi usia 0–11 bulan mendapat Imunisasi Dasar Lengkap (IDL). Dalam kasus penanganan stunting juga dibutuhkan

intervensi yang didukung edukasi bagi seluruh kelompok sasaran. Pelaksanaannya dilakukan secara masif dengan menggunakan berbagai platform media. Di antaranya media sosial, TV nasional, TV lokal, media luar ruang di lokasi strategis, dan transportasi publik seperti *commuter line* dan bus umum.

### 3. Aksi Bergizi

Upaya penyehatan lainnya dilakukan Kementerian Kesehatan dengan meluncurkan kegiatan Aksi Bergizi. Ini merupakan implementasi kegiatan untuk mewujudkan sekolah dan madrasah sehat melalui Trias UKS (Usaha Kesehatan Sekolah). Yakni, pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sehat.

Aksi Bergizi diawali pada tahun 2018 di Kabupaten Klaten dan Lombok Barat dengan

Kampanye dilakukan untuk mendukung penyebaran informasi kesehatan terkait stunting. Selain itu koordinasi lintas kementerian dan lembaga, lintas sektor, pemerintah daerah, organisasi profesi, LSM, akademisi, serta dunia usaha juga harus dilakukan.

tiga intervensi utama. Ketiganya antara lain sarapan dan minum tablet tambah darah bersama, edukasi gizi untuk mempromosikan makan sehat dan aktivitas fisik, dan komunikasi untuk perubahan perilaku yang relevan dan komprehensif. Pada tahun 2022, Kemenkes mengadakan Gerakan Nasional Aksi Bergizi pada 26 Oktober. Sebanyak 6.420 sekolah dengan 2.189.871 siswa terlibat gerakan yang diselenggarakan secara serentak di 34 provinsi.

### 4. Survei Status Gizi Indonesia

Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) dilakukan untuk mendapatkan gambaran status gizi balita untuk pencegahan stunting, *wasting*, *underweight*, *overweight*, dan determinannya. Survei meliputi indikator intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Survei dilakukan di 514 kabupaten dan kota pada 34 provinsi. Kegiatan dilakukan dengan menggunakan 34.500 blok sensus terpilih oleh Badan Pusat Statistik (BPS) melibatkan perwakilan mereka

di kabupaten dan kota. Hasil SSGI 2022 memperlihatkan prevalensi balita stunting secara nasional mengalami penurunan 2,8% dari 24,4% pada 2021 menjadi 21,6% di 2022. Isu stunting sendiri telah ditetapkan pemerintah sebagai isu prioritas nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024. Targetnya adalah penurunan yang signifikan dari kondisi 24,4% pada 2021 menjadi 14% pada 2024.

### 5. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023

Kementerian Kesehatan juga tengah melaksanakan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 yang terintegrasi dengan pengukuran status gizi melalui mekanisme single survey. Survei dilakukan untuk menilai perkembangan status kesehatan masyarakat, faktor risiko, dan perkembangan upaya pembangunan kesehatan. Pelaksanaan SKI 2023 bertujuan menilai status kesehatan masyarakat termasuk status gizi di Indonesia. Survei ini dilakukan

di 514 kabupaten dan kota pada 38 provinsi. Sampel SKI 2023 ini sebanyak 345.000 rumah tangga ditambah 24.000 rumah tangga balita. Total sampel SKI 2023 sebanyak 586.000 rumah tangga. SKI 2023 ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi pembangunan kesehatan masyarakat Indonesia. Dia juga menjadi baseline data capaian indikator SDGs dan penyusunan program pembangunan kesehatan di daerah.



## 6. Perluasan Antigen Imunisasi

Program imunisasi merupakan upaya pencegahan, baik primer maupun sekunder. Dalam pencegahan primer, dilakukan perluasan imunisasi rutin sejak tahun 2023, menjadi 14 jenis vaksin yang wajib dipenuhi, antara lain Hepatitis, BCG, Difteri, Pertusis, Tetanus, *Haemophilus influenzae* type B, *Polio oral*, Polio injeksi, Campak, Rubella, HPV, JE, Rotavirus dan Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV). Pada tahun 2024, tidak ada penambahan jenis antigen, namun terdapat penambahan lokus untuk pelaksanaan imunisasi JE, yaitu Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Indonesia memiliki komitmen dan kontribusi yang cukup kuat untuk capaian eradikasi polio global dan eliminasi campak rubella serta Penyakit yang Dapat

Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) lainnya. Hal ini tertuang dalam dokumen kebijakan dan strategi pemerintah yang menempatkan imunisasi sebagai agenda utama dalam pencegahan dan pengendalian penyakit yang berpotensi untuk Kejadian Luar Biasa (KLB).

Sementara itu, dari sisi pencegahan sekunder, upaya dilakukan dengan skrining 14 penyakit penyebab kematian tertinggi di tiap sasaran usia, skrining stunting, dan peningkatan Antenatal Care (ANC) untuk kesehatan ibu dan bayi. Selain itu, upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan stunting. Upaya itu digelar melalui Gerakan Aksi Bergizi, juga Bumil Sehat.

## 7. Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI)

Tujuan pembangunan kesehatan pada 2020–2024 adalah meningkatkan status kesehatan masyarakat. Sementara fakta dan data memperlihatkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 189 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah tersebut merupakan salah satu yang tertinggi dibanding negara lain di ASEAN.

Target yang ditetapkan dalam RPJMN pada 2024 adalah 183 per 100.000 kelahiran hidup. Capaian tersebut masih jauh dari target SDGs, yakni mengurangi AKI hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Untuk itu, dibutuhkan inovasi maupun strategi percepatan untuk mencapai target penurunan AKI.

Adapun jumlah kematian sampai dengan Semester I tahun 2023 secara nasional sebanyak 1.945 kasus kematian. Target AKI per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2023 adalah 194. Kesehatan ibu selama kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan hal penting terkait kesehatan reproduksi perempuan. Sementara data memperlihatkan bahwa Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menunjukkan AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup.

Di sisi lain, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan Angka Kematian Bayi (AKB) 24 per 1.000

kelahiran hidup. SDKI 2017 itu juga menunjukkan angka kelahiran pada perempuan usia 15–19 tahun (Age Specific Fertility Rate/ ASFR) sebesar 36 per 1.000.

Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi menyatakan setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan ibu untuk mencapai hidup sehat dan berkualitas. Aturan itu juga bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu.

Upaya yang dilakukan Kementerian Kesehatan sesuai dengan pendekatan siklus hidup *continuum of care*. Dimulai dari masa sebelum hamil, hamil, persalinan, sampai sesudah melahirkan.

Setidaknya ada tujuh langkah sebagai upaya percepatan penurunan AKI. Langkah tersebut di antaranya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan seperti dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi, serta pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Langkah lain adalah pendampingan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) oleh rumah sakit rujukan dan organisasi profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal.

Kementerian Kesehatan juga melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor dalam upaya penurunan AKI dan AKB. Mereka juga melaksanakan kelas ibu hamil baik secara daring maupun luring. Upaya selanjutnya adalah tersedianya Jaminan Persalinan (Jampersal), dukungan penganggaran melalui DAK Non Fisik dan tersedianya menu kegiatan terkait penurunan AKI-ARB dalam DAK Non Fisik. Terakhir yakni peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan melalui berbagai orientasi dan sosialisasi penggunaan aplikasi kepada pengelola program dan penginput data program.

## 8. Menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB)

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

Di Indonesia, sekitar 75% balita sudah dipantau pertumbuhannya secara rutin di Posyandu. Selain itu, sebanyak 101.797 bayi baru lahir atau 2,3% dari total bayi baru lahir dilakukan skrining Hipotiroid Kongenital (SHK). Sejumlah upaya yang dilakukan secara nasional membuat angka kematian bayi (AKB) menurun dari 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada 2012 menjadi 24 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada 2017 (SDKI 2017). Pada tahun 2022, data AKB menggunakan hasil data Long Form SP2022 Badan Pusat Statistik. Hasilnya sesuai dengan proyeksi daya saing SDM untuk mencapai dukungan pencapaian Indonesia Emas 2045.

Upaya lain untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dilakukan dengan peningkatan kesadaran ibu hamil untuk menjaga kehamilan agar bayi lahir dan tumbuh sehat. Masyarakat dan keluarga juga diharapkan mendukung ibu hamil untuk rutin memeriksakan kehamilan dan didorong bersalin di fasilitas layanan kesehatan. Upaya ini juga berdampak pada penurunan angka kematian bayi sekaligus dapat menurunkan stunting.

Data AKB untuk tahun 2022 sebesar 16,85 dari target 18,6. Sementara, untuk tahun 2023, target AKB ditetapkan sebesar 17,6 dengan jumlah kematian sampai dengan Juni 2023 sebesar 11.569 kematian.

Berbagai strategi penurunan AKI dan AKB telah dilakukan antara lain dengan memperluas akses pelayanan, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, peningkatan pemberdayaan masyarakat, dan penguatan tata kelola.

Dari hasil *Sample Registration System* (SRS) Litbangkes Tahun 2016 didapat adanya tiga penyebab kematian bayi terbanyak. Yakni komplikasi kejadian intrapartum sebanyak 28,3%, gangguan respiratori dan kardiovaskuler sebesar 21,3%, dan bayi berat lahir rendah (BBLR) serta prematur yang mencapai 19%.

## Program Penyakit Menular

Indonesia belum bisa terbebas dari ancaman penyakit menular. Beberapa di antaranya masih sangat lekat di masyarakat. Di antaranya tuberkulosis (TBC), HIV, Malaria, Dengue, Polio, Campak, Hepatitis dan Rabies.

### 1. TBC

Notifikasi TBC menunjukkan peningkatan dari tahun 2021–2024, pada tahun 2021 sebanyak 443.235 kasus TBC ditemukan, meningkat menjadi 724.209 kasus pada tahun 2022, sebanyak 821.200 kasus TBC ditemukan pada tahun 2023 dan 831.328 kasus pada tahun 2024. Indonesia terlibat dalam komitmen global untuk mengakhiri tuberkulosis dituangkan dalam End TB Strategy yang menargetkan penurunan kematian akibat TBC hingga 90% pada tahun 2030 dibandingkan dengan tahun 2015, penurunan kejadian TBC sebesar 80% pada tahun 2035 dibandingkan dengan tahun 2015, dan tidak ada rumah tangga yang mengalami biaya katastrofik akibat TBC pada tahun 2030. Dalam *End TB Strategy*, ditekankan bahwa target tersebut diharapkan dapat dicapai dengan inovasi, seperti pengembangan vaksin dan obat TBC baru dengan rejimen jangka pendek. Kementerian Kesehatan menyusun dokumen Peta Jalan Eliminasi Tuberkulosis di Indonesia tahun 2020–2030. Dalam dokumen tersebut, dicantumkan target penurunan insidensi tuberkulosis, mencapai 65 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 2030. Target eliminasi TBC tersebut juga tertuang dalam Perpres No. 67/2021 tentang Pengendalian Tuberkulosis. Target lainnya adalah 90% kasus ditemukan dan diobati, 90% berhasil diobati dan 80% pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) pada kontak serumah.

### 2. HIV/AIDS

Penyebaran HIV terkonsentrasi pada populasi kunci (LSL, waria, pekerja seks, dan pengguna narkoba suntik) dengan prevalensi sekitar 0,26%. Namun, di Papua, kasus HIV sudah menyebar ke populasi umum dengan prevalensi 2,3%. Tujuan penanggulangan HIV–AIDS adalah mengakhiri epidemi HIV pada tahun 2030, yang ditandai dengan tercapainya Three Zero, yaitu

zero infeksi baru HIV, zero kematian terkait AIDS, dan zero stigma–diskriminasi. Jalur cepat (*fast track*) untuk mengakhiri epidemi HIV adalah dengan mencapai target indikator 95% Orang Dengan HIV (ODHIV) mengetahui status HIV–nya, 95% ODHIV diobati, dan 95% ODHIV yang diobati mengalami supresi virus. Perkembangan capaian 95–95–95 pada tahun 2024 yakni estimasi ODHIV yang hidup sebanyak 568.401, ODHIV hidup dan mengetahui statusnya sebanyak 344.099 (61%), ODHIV mengetahui status dan sedang mendapat pengobatan ARV sebanyak 219.081 (64%) dan ODHIV sedang dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan hasil virusnya tersupresi sebanyak 117.402 (54%).

Kemenkes telah mengeluarkan petunjuk teknis baru Pelaksanaan Layanan HIV/AIDS dalam Skema Jaminan Kesehatan Nasional, sebagai bentuk komitmen pemerintah mencapai target indikator pada tahun 2030. Upaya itu dilakukan dengan menguatkan integrasi sinergi melalui skema pembiayaan dan jaminan kesehatan. Juknis mengatur paket manfaat, model pembayaran, skema rujukan, hingga tata kelola manajemen logistik yang menjadi isu kritis pada tingkat pelaksanaan. Buku itu ditujukan untuk petugas kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, pengelola program HIV AIDS dan IMS Provinsi/Kab/Kota, petugas BPJS Kesehatan, maupun peserta JKN yang terdiagnosis positif HIV/ODHIV sebagai upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV AIDS dan IMS serta agar setiap pihak yang terkait bisa memahami tugas tanggung jawab serta haknya di dalam pelaksanaan layanan HIV di era JKN. Dengan penerapan JKN semua peserta JKN yang terdiagnosis positif HIV dijamin pembiayaannya oleh Pemerintah, baik untuk perawatan, pengobatan, maupun tes rutin yang perlu dan harus dijalani oleh ODHIV sesuai tatalaksana pengobatan HIV/AIDS dari Kementerian Kesehatan.

### 3. Malaria

Dalam pengendalian malaria, Kabupaten Sorong Selatan menjadi kabupaten pertama yang dinyatakan bebas malaria di tanah



**Gambar 1.4**

**Pelaksanaan Layanan HIV/AIDS dalam Skema Jaminan Kesehatan Nasional**

Papua pada tahun 2023 diikuti Kabupaten Pegunungan Arfak di Provinsi Papua Barat yang mencapai eliminasi malaria pada tahun 2024. Kementerian Kesehatan menargetkan pada 2030 sebanyak 514 kabupaten dan kota bisa mengeliminasi malaria. Sementara pada 2022, target yang dipatok mencakup 385 kabupaten dan kota berhasil melakukan eliminasi malaria. Hasil capaiannya, melebihi target, yakni 389 kabupaten dan kota mengeliminasi malaria

Pada 2024, 401 kabupaten dan kota telah berhasil mencapai eliminasi malaria dari target 405 Kabupaten/Kota. Dengan lebih dari 270 juta jiwa penduduk telah terlindungi dari penyebaran penyakit malaria. Untuk malaria juga dilakukan sejumlah terobosan. Di antaranya malaria masuk pada nomenklatur SIPD Kemendagri, reorientasi pada petugas malaria di daerah stagnan, dan advokasi komitmen daerah melalui kerja sama dengan Kemendagri dan dinas kesehatan.

Selain itu juga dilakukan pelatihan kader malaria di daerah endemis tinggi dan populasi khusus, penyediaan Rapid Diagnostic Test (RDT) dan Larvasida dalam menu Dana Alokasi

Khusus, serta distribusi kelambu massal dan fokus. Pemerintah telah mencanangkan strategi program malaria ke depan, yakni dengan melakukan akselerasi dan intervensi baru program malaria, khususnya akselerasi penurunan kasus malaria di Papua. Langkah lain ialah pilot pemberian MDA (*Mass Drug Administration di Papua*) dan pilot paket intervensi hutan yang mampu menurunkan Kabupaten Panajam Paser Utara dari endemis tinggi menjadi endemis sedang pada tahun 2024.

#### **4. Dengue**

Pemerintah juga tidak menutup mata atas tingginya kasus demam berdarah dengue yang selalu terjadi di banyak daerah. Pada 2022 lalu, Kementerian Kesehatan menargetkan 80% proporsi kabupaten dan kota dengan *incidence rate* dengue 10 per 100 ribu penduduk. Di Indonesia pada tahun 2024 sebanyak 231.673 kasus DBD terjangkit di 482 kabupaten/kota dengan angka kesakitan (IR) 82,78 per 100.000 penduduk dan sebanyak 1.334 kematian akibat DBD (CFR 0,58%) terjadi di 265 kabupaten/kota. Dalam upaya menurunkan kejadian kesakitan dan kematian



akibat Dengue, Kementerian Kesehatan telah menetapkan Strategi Nasional Penanggulangan Dengue 2021–2025 yaitu penguatan pengendalian vektor yang efektif, aman dan berkesinambungan, peningkatan akses mutu dan tatalaksana Dengue, penguatan surveilans Dengue yang komprehensif serta manajemen KLB yang responsive, peningkatan pelibatan masyarakat yang berkesinambungan, penguatan komitmen pemerintah, kebijakan manajemen program, dan kemitraan, pengembangan kajian, invensi, inovasi dan riset sebagai dasar kebijakan dan manajemen program berbasis bukti.

#### 5. Filariasis

Indonesia telah menetapkan 236 kabupaten/kota di 32 provinsi sebagai daerah endemis filariasis. Program eliminasi filariasis menjadi memiliki agenda utama yaitu melaksanakan kegiatan Pemberian Obat Pencegahan secara Massal Filariasis untuk memutus rantai penularan Filariasis pada penduduk di semua Kabupaten/Kota Endemis Filariasis serta tatalaksana kasus kronis filariasis. Indonesia merupakan salah satu negara di dunia yang masih melaporkan kasus frambusia. Pada tahun 2024, sebanyak 164 kasus frambusia dilaporkan dari 7 kabupaten/kota di Indonesia meliputi Biak Numfor, Kota Jayapura, Kabupaten Sorong, Sorong Selatan, Tambora, Mimika, dan Boven Digoel. Meskipun demikian, Program P2 Frambusia telah mengalami perkembangan pesat dalam beberapa tahun terakhir. Hingga tahun 2024, sebanyak 346 kabupaten/kota telah dinyatakan bebas frambusia.

#### 6. Polio

Indonesia telah mendapatkan sertifikat bebas polio sejak tahun 2014. Namun, pada November 2022 lalu, polio kembali berjangkit di Kabupaten Pidie, Aceh. Tiga anak terkena serangan polio. Pada tahun 2022–2024 telah terdapat 15 kasus polio di Indonesia dan strategi pengendalian polio pun dilakukan.

#### 7. Campak

Pada tahun 2022 terjadi 64 KLB campak pasti, angka ini meningkat di tahun 2023 menjadi 101

KLB campak pasti. Pada tahun 2024 angka KLB campak pasti mengalami penurunan menjadi 47 KLB campak pasti. Pengendalian penyakit menular campak terus dilakukan. Strategi pengendaliannya menargetkan pada 2027–2028 Indonesia mampu melaksanakan eliminasi campak dan rubella atau Congenital Rubella Syndrome/CRS.

#### 8. Rabies

Di Indonesia, rabies telah menyebar ke 26 provinsi dan hanya 12 provinsi di Indonesia yang bebas rabies yaitu Provinsi Kepulauan Riau, Bangka Belitung, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Yogyakarta, Papua, Papua Barat, Papua Selatan, Papua Pegunungan, Papua Tengah, Papua Barat Daya. Tahun 2024, terdapat 317 Kab/kota endemis rabies dan sebanyak 225 kabupaten/kota dinyatakan eliminasi rabies dari target 261 kabupaten/kota. Berbagai upaya sudah dilakukan agar kab/kota endemis dapat mencapai eliminasi diantaranya berfungsinya 1.317 Puskesmas sebagai rabies center untuk pusat layanan tatalaksana GHPR, penyediaan dan distribusi VAR dan SAR, peningkatan promosi kesehatan/KIE pengendalian rabies pada masyarakat.

#### Kabupaten dan Kota Sehat

Sementara itu, program lain yang diluncurkan Kementerian Kesehatan adalah menggelar Kabupaten/Kota Sehat (KKS). Indonesia telah mengimplementasikan pendekatan KKS sejak tahun 2005 berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan KKS. Penyelenggaraan KKS juga menjadi salah satu strategi kesehatan nasional dalam pembudayaan perilaku hidup sehat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. Pada tahun 2024, sebanyak 422 kabupaten/kota telah ditetapkan sebagai Kabupaten/Kota Sehat dari target yang ditetapkan sebanyak 420 kabupaten/kota. Pemberian Penghargaan Swasti Saba dari Menteri Kesehatan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota yang berhasil menyelenggarakan KKS juga masih menjadi salah satu faktor pendukung pencapaian target KKS.

## 2. Transformasi Layanan Rujukan

Sebagai pilar kedua dalam transformasi kesehatan Indonesia, transformasi layanan rujukan memiliki fokus untuk melakukan peningkatan dalam hal kualitas. Selain itu juga melakukan pemerataan layanan kesehatan di seluruh pelosok Indonesia.

Dalam penerapannya, untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan peningkatan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier. Upaya itu digelar dengan membangun rumah sakit di kawasan timur Indonesia, menebar jejaring dengan 6 layanan unggulan, dan melakukan kemitraan dengan World's Top Healthcare Centers.

Penerapan lain transformasi layanan rujukan ialah menggulirkan rumah sakit jejaring layanan penyakit prioritas. Rumah sakit jenis ini dibagi dalam sejumlah strata, dari dasar hingga paripurna. Strata dasar pada umumnya meliputi layanan dasar dan skrining penyakit.

Landasan hukum dari program pengampuan selain UU no 17 Tahun 2023 dan PP nomor 28 tahun 2024, juga telah terbit Keputusan Menteri Kesehatan antara lain KMK No HK.01.07/Menkes/174/2024 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Prioritas; KMK No HK.01.07/Menkes/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak; KMK No HK.01.07/Menkes/1342/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Respirasi dan Tuberkulosis; KMK No HK.01.07/Menkes/1344/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Diabetes Melitus; KMK No HK.01.07/Menkes/1338/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Gastrohepatologi; KMK No HK.01.07/Menkes/1491/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Penyakit Infeksi Emerging; dan KMK No HK.01.07/Menkes/1495/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Jiwa. Pada program pengampuan pelayanan penyakit prioritas, dibagi menjadi 3 tingkatan/stratifikasi rumah sakit jejaring yaitu strata paripurna, utama, dan madya. Dalam pelaksanaan pengampuan, RS Koordinator Pengampu dibantu oleh RS Pengampu Regional

untuk mengampu rumah sakit jejaring sesuai dengan pembagian wilayah/regionalnya.

RS Pengampu dan diampu yang tergabung dalam jejaring ini akan berkolaborasi melaksanakan pelayanan penyakit prioritas secara terpadu melalui sistem pengampuan oleh rumah sakit yang mempunyai kemampuan lebih tinggi kepada rumah sakit yang diampu, berdasarkan sistem stratifikasi sesuai dengan kemampuan SDM, Sarana prasarana dan alat kesehatan serta ketersediaan pelayanan kesehatan tertentu.

Sementara strata paripurna memiliki layanan tertinggi dengan tata laksana penyakit yang modern dan komprehensif.

Transformasi ini mengupayakan pemerataan fasilitas pelayanan kesehatan. Fokus transformasi dimulai pada layanan spesialisasi bagi 4 penyakit penyebab kematian tertinggi, sekaligus pembiayaan terbesar di Indonesia, yakni jantung, stroke, kanker, dan ginjal.

Kondisi saat ini, layanan untuk keempat penyakit itu masih sangat terbatas. Sebagai contoh untuk penyakit jantung, tidak semua provinsi memiliki rumah sakit dengan fasilitas untuk pemasangan ring maupun bedah jantung. Kementerian Kesehatan telah menetapkan melalui transformasi ini, 514 kabupaten dan kota di seluruh Indonesia ditargetkan bisa melakukan layanan kesehatan untuk keempat penyakit tersebut.



### Risiko Penyakit Katastropik

Pelayanan penyakit katastropik di Indonesia masih menghadapi sejumlah kendala. Salah satu hambatannya ialah kurangnya akses ke layanan rumah sakit rujukan, terutama di daerah terpencil. Kendala lain ialah masih kurangnya kualitas layanan rumah sakit, waktu tunggu yang lama untuk mendapatkan layanan, dan kurangnya pemerataan alat serta dokter spesialis di seluruh Indonesia.

Di tengah fasilitas layanan kesehatan yang belum merata dan memadai, risiko penyakit katastropik di Indonesia terus meningkat. Risiko yang sudah terdata di antaranya, setiap tahun, 2,5 dari 1.000 orang berisiko mengalami stroke, dan 15%-nya berisiko meninggal. Selain itu 1 dari 1.000 orang berisiko mengalami serangan jantung, dengan 11%-nya berisiko meninggal. Di sisi lain, butuh waktu 4–12 bulan mengantri untuk bisa mendapat tindakan operasi jantung.

Kurangnya fasilitas kesehatan terkait juga membuat lebih dari 50.000 anak dengan penyakit jantung bawaan tidak tertangani. Sebab, dari 34 provinsi, baru 28 provinsi yang bisa melakukan operasi pasang ring. Sementara untuk bedah jantung terbuka, baru bisa dilakukan di 22 provinsi. Selain jantung, lebih dari 70% pasien kanker terlambat datang ke rumah sakit. Sementara dalam kasus penyakit ginjal, terjadi kenaikan jumlah kasus hingga 70% pada tahap akhir.

### Target Transformasi Layanan Rujukan

Kementerian Kesehatan masih harus bekerja keras melakukan transformasi layanan rujukan. Namun, bukan berarti harus menyerah. Target pun dipatok, yakni sebanyak 514 kabupaten dan kota di seluruh Indonesia bisa melakukan layanan kesehatan untuk keempat penyakit katastropik tersebut. Target tambahannya, setiap kota di Indonesia memiliki rumah sakit rujukan untuk mengobati penyakit katastropik.

### Program Prioritas Transformasi Layanan Rujukan

Ada Enam Indikator Kinerja yang menjadi program prioritas Kemenkes untuk Transformasi Layanan Rujukan. Yang pertama ialah Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar. Pada 2022 lalu, dari target 90% bisa tercapai 90%, pada tahun 2023 target 95% dapat tercapai, dan pada tahun 2024 target yang ditetapkan sebesar 100% dan dapat tercapai sebesar 97,12%, target 2024 tidak dapat tercapai karena terdapat beberapa rumah sakit yang mengalami penurunan ketersediaan SPA dikarenakan belum melakukan update data pemenuhan SPA tahun 2024 dan juga terdapat kerusakan ketersediaan SPA. Selain itu terdapat RS baru berdiri dan belum melakukan pengisian ASPAK maka hal tersebut mempengaruhi capaian kumulatif nilai kelengkapan SPA secara nasional. Faktor lain penyebab penurunan nilai kumulasi SPA Rumah sakit terjadi karena perubahan kelas RS (naik kelas) dan update data kondisi SPA. Sehubungan dengan rencana pemenuhan alat kesehatan KJSU KIA melalui program SIHREN yang awalnya direncanakan dapat terealisasi pada tahun 2024 tidak dapat terlaksana karena mekanisme proses pengadaan yang cukup lama menggunakan metode lelang internasional. Hal tersebut berpengaruh pada rencana peningkatan ketersediaan SPA di rumah sakit.

Indikator kedua ialah persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas. Pada 2022, dari target 10%, tercapai 7%. Pada 2023, dengan target 50%, tercapai 47,2%. Dan pada tahun 2024 dari target 100% tercapai 100%. Yang ketiga ialah persentase fasilitas Kinerja Kementerian Kesehatan dalam Enam Pilar Transformasi Kesehatan Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat Indonesia sehat dan Unggul pelayanan kesehatan rujukan yang memenuhi standar mutu. Selama 2022 ditargetkan 60%, namun sudah tercapai 93%. Sementara pada 2023, dengan target 75%, hingga Juni bisa dicapai 74,30%.

Indikator keempat ialah jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional. Target 2022 mencapai 12 RS dan tercapai seluruhnya. Pada 2023, target ditetapkan 24 RS dan tercapai 24 rumah sakit, sedangkan tahun 2024 dengan target

34 RS tercapai hanya 28 RS. Pada indikator kelima ialah jumlah RS rujukan nasional sesuai standar ditargetkan mencapai 42 RS pada 2022 dan tercapai 46 RS. Tahun 2023 dan 2024, targetnya 42 RS dan tercapai 46 RS pada Juni.

Sementara pada indikator keenam ialah jumlah klaim pasien COVID-19 yang sudah dibayarkan dengan target 2022 sebanyak 448.594 kasus dan tercapai 849.292 kasus. Pada 2023, targetnya 85.602 dan sudah tercapai 49.872 kasus hingga Juni.

### Upaya mencapai target transformasi layanan rujukan

Sejumlah langkah sudah dilakukan Kementerian kesehatan guna mencapai target transformasi layanan rujukan.

#### 1. Peningkatan Akses Layanan

Upaya ini dilakukan dengan menambah jejaring RS Rujukan terutama untuk pelayanan 9 penyakit prioritas, khususnya akses layanan jantung, kanker, stroke, dan ginjal di semua provinsi. Berdasarkan pemenuhan sarana, prasarana, dan akses, dari 34 provinsi, terdapat

10 provinsi yang telah memiliki RS yang memiliki kapasitas untuk melakukan pelayanan 9 penyakit prioritas. Kementerian Kesehatan juga terus berupaya melakukan pengembangan fasilitas pelayanan rujukan di daerah terpencil.



**Gambar 1.5**  
Pengembangan Fasilitas Pelayanan Rujukan

**Gambar 1.6**

Kunjungan Menteri Kesehatan perbaikan kualitas layanan RS di Indonesia

## 2. Perbaikan Mutu Layanan

Upaya ini menyentuh perbaikan kualitas layanan RS di Indonesia meliputi perbaikan layanan medis dan hospitality layanan RS. Langkah lain ialah bekerja sama dengan RS luar negeri untuk pengetahuan dan transfer teknologi. Selain itu, Kementerian Kesehatan juga berupaya meningkatkan kemampuan manajemen keuangan RS Badan Layanan Umum.

## 3. Pengampuan

Langkah lain yang dilakukan ialah pengampuan rumah sakit yang melayani penyakit katastropik, termasuk *cathlab*. Untuk langkah ini, Kementerian Kesehatan bersama 8 RS pengampu nasional melakukan perluasan akses dan peningkatan mutu layanan kesehatan dalam penanganan penyakit katastropik melalui program pengampuan layanan prioritas. Langkah berikutnya, RS pengampu nasional berkerja sama dengan RS pengampu regional, yakni RS Vertikal Kemenkes atau RSUD yang telah ditunjuk untuk melakukan kegiatan pengampuan.

Kegiatan pengampuan sendiri berupa kegiatan pendampingan pelayanan/tindakan

(*proctoring*), pelatihan, telekonsultasi, diskusi kasus, dan workshop ke RS yang diampu. RS yang telah dilakukan pengampuan diharapkan dapat melakukan pelayanan yang sebelumnya tidak ada di sana. Contohnya, RS belum bisa melakukan pelayanan transplantasi ginjal atau bedah jantung terbuka, setelah pengampuan diharapkan dapat melakukan tindakan tersebut secara mandiri.

## 4. Pembangunan dan peresmian RS Vertikal baru di wilayah timur

Wilayah timur Indonesia harus mendapat perhatian. Untuk itu, Kementerian Kesehatan membangun RS UPT vertikal baru yang didesain untuk memberikan layanan komprehensif, terutama penyakit katastropik secara paripurna, mulai dari diagnostik, terapeutik, hingga rehabilitatif, yang bisa bersaing di tingkat Asia.

Langkah lain ialah mendorong RS yang terletak di Surabaya memiliki tiga layanan unggulan *center of excellent* untuk tiga penyakit katastropik, yakni jantung, kanker dan otak atau stroke. Keberadaannya bertujuan untuk mempermudah akses masyarakat di wilayah

Timur Indonesia mendapatkan layanan kesehatan berkualitas. Itu akan mengurangi beban antrean layanan kanker, stroke, dan jantung di Jawa, sekaligus memperluas jangkauan layanan dari kawasan Timur Indonesia.

Rumah sakit ini dibangun menggunakan pendekatan desain *green hospital* dan mengusung konsep *smart hospital*. Mereka mengedepankan teknologi digitalisasi sistem pelayanan kesehatan, hemat energi dan ramah lingkungan, serta *patient-centeredness concept*, sehingga diharapkan menjadi contoh bagi RS lain.

#### 5. Mendorong layanan rujukan dapat diakses hingga daerah pelosok

Keinginan untuk memberikan pelayanan yang merata di seluruh Indonesia terus diwujudkan Kementerian Kesehatan. Karena itu, Kementerian melakukan pemerataan akses dengan melakukan program pengampunan layanan prioritas. Dalam program pengampunan dibagi menjadi dua tahap, yakni Tahap 1 (2022–2024) dan Tahap 2 (2025–2027) dengan stratifikasi target RS Paripurna, Utama, dan Madya. Pada Tahap 1 diharapkan terdapat 1 RS utama di tiap provinsi dan 1 RS Madya di 50% Kabupaten dan kota dengan penduduk terbanyak di provinsi tersebut. Untuk tahap 2 dilakukan pada 50% kabupaten dan kota sisanya. Diharapkan pada tahun 2027 seluruh Kabupaten/Kota sudah memiliki RS strata Madya.

Dengan sejumlah langkah itu, diharapkan seluruh RS jejaring mampu melakukan

pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan. Untuk itu diperlukan pemenuhan sumber daya manusia, sarana-prasarana dan alat kesehatan sesuai strata yang ditargetkan. Pencapaian itu tidak bisa diraih sendiri oleh Kementerian Kesehatan. karena itu, pemerintah daerah dilibatkan dalam pencapaian program, sehingga RS jejaring dapat mencapai strata yang ditargetkan. Kerja sama dituangkan dalam bentuk MoU dan Komitmen Pemerintah Daerah. Langkah berikutnya ialah menjalin kemitraan dengan *World's Top Healthcare Centers*.



### Pembangunan Infrastruktur, Sarana dan Prasarana untuk Meningkatkan Akses Layanan Rujukan

Sejak tahun anggaran 2022 dan berlanjut pada tahun anggaran 2023, Kementerian Kesehatan terus membangun rumah sakit pratama di sejumlah daerah. Pembangunannya melalui pendanaan Dana Alokasi Khusus. Pada tahun anggaran 2022 ada 25 rumah sakit dan 2023 sebanyak 15 rumah sakit. Seluruh rumah sakit itu berada di luar Pulau Jawa.

Sementara untuk lokus rumah sakit unit pelayanan terpadu vertikal Kementerian Kesehatan didorong dari lima daerah, yakni di Surabaya, Jawa Timur; Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur, Kota Makassar di Sulawesi Selatan, Kota Jayapura, Papua, serta di IKN, Kalimantan Timur

Dalam program ini, Kementerian Kesehatan juga sudah melakukan penandatanganan MoU pengampunan jejaring dengan gubernur. Kemenkes juga menyalurkan bantuan pemerintah untuk pemenuhan alat kesehatan penyakit prioritas. Dalam proctorship atau proses transfer

pengetahuan dan keahlian sudah dilakukan pada proses kateterisasi jantung dan bedah jantung terbuka. Pendampingan pelaksanaan tindakan dan tata laksana penyakit dilakukan oleh tim klinis dari RS Pengampu. Sementara itu, tindakan operasi bedah jantung terbuka pertama di Nusa Tenggara Barat juga sudah dilakukan.

Beberapa upaya lain yang sudah dilakukan Kementerian Kesehatan ialah menyalurkan dana bantuan pemerintah untuk pemenuhan alat kesehatan penyakit prioritas. Dana telah disalurkan kepada 150 RSUD dan 25 RSUP di 34 Provinsi. Sementara itu, gubernur dari 24 provinsi di Indonesia juga telah menandatangani kesepakatan bersama Kemenkes untuk pengembangan RSUD sebagai jejaring layanan rujukan. Untuk jantung dilakukan di 23 provinsi, stroke pada 12 provinsi, kanker untuk 13 provinsi, dan Uro Nefrologi di 8 provinsi. Dalam program proctorship tindakan intervensi dan bedah dilakukan untuk meningkatkan kapabilitas layanan penyakit prioritas. Untuk jantung sudah dilakukan di 19 rumah sakit dan stroke di 3 rumah sakit.



**Gambar 1.7**  
Pembangunan Rumah Sakit Pratama di Sejumlah Daerah



### Jejaring Pengampuan RS Layanan Prioritas

Stratifikasi RS Rujukan terbagi berdasarkan tindakan yang dapat dilakukan. Untuk layanan prioritas terbagi dalam beberapa layanan, yaitu kanker, jantung, stroke, Uro Nefrologi, Kesehatan ibu dan anak, diabetes, infeksi, tuberkulosis, gastrohepatologi, dan kesehatan jiwa.

### Program Utama Pengampuan RS Jejaring Layanan Prioritas

Pengampuan rumah sakit dilakukan untuk meningkatkan efektivitas pelayanan fasilitas kesehatan, meningkatkan kualitas pelayanan, dan mengurangi kesenjangan akses pelayanan fasilitas kesehatan. Dua strategi utamanya ialah meningkatkan kompetensi klinis staf RS diampu dan meningkatkan kompetensi manajerial dan kepemimpinan para manajer RS diampu. Untuk itu, Kementerian Kesehatan menggulirkan sejumlah program utama pengampuan rumah sakit. Langkah awalnya ialah melakukan advokasi program RS Jejaring Layanan Prioritas kepada pemerintah daerah, kolegium, perhimpunan asosiasi profesi, dan institusi lain yang terkait. Program lain ialah pemetaan kompetensi RS Jejaring Layanan Prioritas, standarisasi RS Jejaring Layanan Prioritas, baik sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta alat kesehatannya.

Dukungan program berikutnya ialah visitasi dan supervisi RS Jejaring Layanan Prioritas, pembinaan RS Jejaring Layanan Prioritas berupa transfer of knowledge dan transfer of skill, serta pengembangan SDM melalui pendidikan (akademik dan profesi) serta pelatihan bagi RS Jejaring Layanan Prioritas. Kementerian Kesehatan juga melakukan pemberian rekomendasi usulan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan untuk pengembangan RS Jejaring Rujukan Layanan Prioritas. Langkah berikutnya ialah menggulirkan sistem informasi monitoring pengampuan RS Jejaring Layanan Prioritas, serta replikasi pengampuan RS Jejaring Layanan Prioritas oleh RS Pengampu Regional

## Progres Pengampuan Jejaring Penyakit Prioritas Tahun 2022

Selama tahun 2022, pengampuan sudah dilakukan untuk jejaring penyakit prioritas.

### 1. Jantung

Untuk jantung, peningkatan kemampuan RS stratifikasi utama untuk bedah jantung terbuka sudah dilakukan di 6 RS, yakni RSUD Provinsi NTB, RSUD Soedarso Pontianak, RSUD Ulin Banjarmasin, RSUD Dr. (H.C) Ir. Soekarno Babel, RSUD Undata Palu, RSUD Abdul Moeloek Lampung NTB, Kalbar, Kalsel, Kep Babel, Sulteng, Lampung. Sementara untuk Kemampuan RS untuk melakukan Kateterisasi (INB) sudah digelar di 13 RS, yakni RSUD M Yunus Bengkulu, RSUD Kabupaten Tangerang, RSUD Dr. Moewardi Surakarta, RSUD Blambangan Banyuwangi, RSUD Kanujoso Balikpapan, RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, RSUD Arifin Achmad Riau, RSUD Raden Mattaher Jambi, RSUD Gunung Djati Cirebon, RSUD Saiful Anwar, RSUD Raja Achmad Tabib, RSUP Dr. J. Leimena, RSUD Djasemen Saragih. Jangkauan layanan itu berada di Bengkulu, Banten, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Timur, Kepulauan Riau, Maluku dan Sumatera Utara.

Kemeneterian Kesehatan juga sudah menggelar Workshop Manajemen Jantung di 9 rumah sakit, yakni RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RSUD Dr. M. Djamil, RSUP H. Adam Malik, RSUP Dr. Kariadi, RSUP Dr. Sardjito, RSUP Dr. Hasan Sadikin, RSUD A.W Sjahranie, RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah

### 2. Stroke

Untuk pengampuan stroke sejumlah langkah sudah dilakukan. Yang pertama *Proctoring Clipping* sudah digelar di RSUP Dr. Hasan Sadikin di Jawa Barat dan RSUP Dr. M. Djamil di Sumatra Barat. Sementara *Proctoring Coiling* dilaksanakan di RSUP I.G.N.G. Ngoerah Bali. Untuk penyegaran trombolisis dan code stroke dilaksanakan di 3 RS, yakni RSUD Banten, RSUD Al Ihsan Jabar, dan RSUD Bandung Kiwari. Pada kegiatan Rapat Koordinasi Pengampuan Stroke dihadiri 18 RS Pengampu Regional Paripurna, Utama dan Madya. Sementara Penyegaran stroke sudah dilakukan di RS Ampuan di Banten dan DKI Jakarta.

### 3. Kanker

Aksi yang sudah dilakukan ialah kanker telementoring ECHO Pediatric. Kegiatan digelar pada 21 rumah sakit, yakni RSK Dharmais, RSUP Ngoerah, RSHS, RSUP Kandou, RSUP Adam Malik, RSUP M Djamil, RSUP M Hoesin, RSUP Kariadi, RSUP Sardjito, RSUD Soetomo, RSUP Wahidin, RSUP Fatmawati, RSCM, RSUP Leimena RS Zainoel Abidin, RSUD Abdul Wahab Sjahranie, RSUD Arifin Achmad, RSUD Tarakan Jakarta, RSUD Soedono Madiun, RSUD Cengkareng, RSUD Abdul Moeloek, RSUD Soedarso, RSUD Provinsi NTB.

Program ini sudah menjangkau wilayah Jakarta, Bali, Sulut, Sumut, Sumbar, Sumsel, Jateng, DIY, Jatim, Sulsel, Maluku Aceh, Kaltim, Riau, Lampung, dan Nusa Tenggara Barat. Kementerian Kesehatan juga melakukan pembukaan Hub ECHO Breast Cancer di RSUP Dr. Sardjito, Daerah Istimewa Yogyakarta. Sementara untuk telementoring ECHO Breast Cancer sudah dilaksanakan di 29 RS, yakni RSK Dharmais, RSUP Dr. Sardjito, RSUP Fatmawati, RSUP Ngoerah, RSUP Adam Malik, RSUP Soeradji Tirtonegoro, RSUP M Hoesin, RSUP Wahidin Sudirohusodo, RSUP M Djamil, RSUP Kariadi, RSUP Hasan Sadikin, RSCM RSUD Wates, RSUD Soediran Wonogiri, RSUD

Banyumas, RSUD Kota Yogyakarta, RSUD Panembahan, RSUD Wonosari, RSUD Ulin, RSUD NTB, RSUD Margono, RSUD Kanujoso, RSUD Moewardi, RSUD M. Thomsen Nias, RSUD Dr. (HC) Ir. Soekarno Babel, RSUD Jayapura, dan RSUD, dan RS swasta di DIY. Kegiatan sudah menjangkau wilayah Jakarta, DIY, Bali, Sumut, Jateng, Sumsel, Sulsel, Sumbar, Jabar, NTB, Kaltim, Jatim, Bangka Belitung, dan Papua. Program berikutnya ialah Penyegaran Tata Laksana, Deteksi Dini untuk kanker serviks, payudara dan paru. Selain itu juga dilakukan Standarisasi Baku Emas Diagnostik dan Penetapan Stadium, Kualitas Hidup dan manajemen Nyeri.

Program ini digelar di 50 RS Strata Utama dan Madya di wilayah Sumatera Utara, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Selatan, dan Papua

Barat. Masih dalam program yang sama, juga dilakukan di RS Paripurna dan RS Utama di 34 Provinsi.



**Gambar 1.8**

**Pelatihan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)**

#### 4. Uro Nefrologi/Ginjal

Langkah yang sudah dilakukan Kementerian Kesehatan yakni menggelar telementoring anomali kongenital ginjal dan saluran kemih (CAKUT) di 11 RSUP dan 22 RSUD. Selain itu juga menggelar Pelatihan *continuous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD) pada 4 RSUP dan 25 RSUD.

#### 5. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Langkah dan upaya yang sudah dilakukan Kementerian Kesehatan pada program pengampunan Kesehatan Ibu dan anak meliputi identifikasi dan pemetaan RS Strata Paripurna, Utama dan Madya. Hasilnya 8 RSUD di Jawa Barat, Banten dan Kalimantan Selatan terpilih. Selain itu juga dilakukan pelatihan nutrisi optimal untuk kasus bayi prematur di RS Utama dan Madya. Program ini digelar di 6 RSUD di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur. Kementerian Kesehatan juga menggelar Rapat koordinasi jejaring pengampunan bersama RS Paripurna dan Utama, yang diikuti utusan dari 34 provinsi.

#### 6. Diabetes Melitus (DM)

Langkah strategis dilakukan untuk penanganan penyakit yang dikenal sebagai ibu dari segala penyakit ini. Kementerian Kesehatan membentuk Diabetes Center RS Pengampu Regional Stratifikasi Utama pada 14 rumah sakit. Terdiri dari 10 RS Vertikal stratifikasi Paripurna dan 4 RSUD Stratifikasi Utama. Ke- 14 Diabetes Center itu berada di 12 provinsi. Langkah berikutnya ialah Pemetaan Kondisi Eksisting RS yang dilakukan di 95 RS pada 34 provinsi. Kementerian Kesehatan juga menggelar workshop pembahasan juknis pengampunan DM. Naskah disusun oleh tim penyusun juknis DM yang beranggotakan 19 orang. Program lainnya ialah Regionalisasi pengampunan DM dengan sasaran 128 target madya, 32 target utama, 17 target paripurna, dan 14 RS Pengampu Regional. Kementerian Kesehatan juga sudah menggelar Rapat Koordinasi Pengampunan, yang diikuti RS Pengampu regional di 34 provinsi.



**Gambar 1.9**  
Kunjungan Kerja Wakil Menteri Kesehatan pada RS Jiwa

#### 7. Kesehatan Jiwa

Keberadaan warga dengan gangguan jiwa tidak boleh diabaikan. Untuk itu, penyakit ini juga menjadi perhatian Kementerian Kesehatan. Sejumlah program sudah digelar pada 2022. Diantaranya Pemetaan Kondisi Eksisting RS yang dilakukan di 44 Rumah sakit jiwa yang ada di 34 provinsi. Kementerian juga melakukan Pembahasan juknis pengampuan layanan oleh 10 RSJ Pengampu di 7 provinsi. Langkah lain ialah regionalisasi pengampuan. Program ini dilakukan untuk mengejar rumah sakit jiwa dengan 23 target madya, 14 target utama, dan 4 target paripurna di 34 Provinsi. Program berikutnya ialah visitasi dan pengampuan yang digelar di 10 RSJ Diampu pada 10 provinsi. Kementerian Kesehatan juga menggelar penyegaran layanan jiwa.

#### 8. Penyakit Infeksi Emerging (PIE)

Kementerian Kesehatan sudah melakukan pemantapan 9 modul PIE. Program lain yang digelar untuk penanganan PIE ialah visitasi RS yang dilakukan di 6 rumah sakit, yakni RS Adam Malik, RS Haji Medan, RS M. Yunus, RS Wahidin Sudirohusodo, RS Tadjuddin Chalid, RS

Labuang Baji, yang berada di Sumatera Utara, Sulawesi Selatan, dan Bengkulu. Kementerian Kesehatan juga sudah menggelar Rapat Koordinasi, Regionalisasi dan Penyusunan Modul Pengampuan pada 44 RS di 34 provinsi.

#### 9. Tuberkulosis

Kementerian Kesehatan sudah menetapkan *pilot project* pengampuan tuberkulosis di sejumlah rumah sakit di Provinsi Banten. Langkah yang sudah dilakukan ialah meneken Perjanjian kerja sama serta melakukan penyegaran tatalaksana, diagnosis, pencatatan dan pelaporan tuberkulosis. Keempat rumah sakit yang menjadi proyek percontohan itu ialah RSUD Banten, RSUD Berkah Pandeglang, RSUD Kabupaten Tangerang, dan RSUD Kota Cilegon.

*Pilot project* pengampuan tuberkulosis di Provinsi Banten juga melakukan peningkatan pencatatan dan pelaporan TBC RS diampu dengan RS swasta yang berada di sekitar 4 rumah sakit *pilot project*. Langkah serupa juga dilakukan dengan puskesmas di sekitar keempat rumah sakit proyek percontohan sebagai penguatan jejaring rujukan TBC.



Program lain yang dilakukan Kementerian Kesehatan ialah mengimplementasikan telekonsultasi pada program pengampuan dgn RS Pengampu Regional (Hybrid). Pada program ini dilibatkan 16 RS pengampu regional untuk 34 provinsi. Dalam program ini, Kementerian Kesehatan juga sudah melakukan visitasi ke 4 RSUP dan 8 RSUD di 5 provinsi, yakni Banten, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sulawesi Selatan dan Bengkulu. Kegiatan lain ialah penyegaran layanan tuberkulosis yang digelar RS Pengampu Regional dan RS Utama di 34 provinsi

#### 10. Gastrohepatologi

Pada penanganan penyakit ini, Kementerian Kesehatan sudah menyusun petunjuk teknis dan regionalisasi yang dilaksanakan 13 RS Pengampu untuk 34 provinsi.

## Pembangunan Fasilitas Kesehatan Wilayah Timur Indonesia

Pada masa pemerintahan Presiden Joko Widodo, pembangunan di wilayah timur Indonesia mendapat perhatian sangat besar. Kebijakan ini diikuti Kementerian Kesehatan dengan melakukan pembangunan kesehatan yang berpihak pada masyarakat. Kementerian sudah sejak lama melakukan upaya dan terobosan memperkuat fasilitas kesehatan di wilayah Timur Indonesia. Di antaranya dengan cara menambah jumlah rumah

sakit. Dengan Kebijakan Transformasi Layanan Rujukan yang digelar Kementerian Kesehatan, upaya itu memperkuat dan mempercepat pencapaiannya. Sejak tahun 2018 – 2024 telah dibangun 3 Rumah Sakit Vertikal di Kawasan Timur Indonesia yaitu RS dr. J. Leimena di Ambon Maluku, RS dr. Ben Mboi Kupang Nusa Tenggara Timur dan RS UPT Vertikal Papua di Jayapura Papua.



**Gambar 1.10**  
Rumah Sakit dr. Johannes Leimena Ambon

### RSUP dr. J. Leimena Ambon

Pembangunan gedung RSUP dr. J. Leimena Ambon yang berlokasi di Jl. R. Suprpto No.123, Rumah Tiga, Kec. Tlk. Ambon, Kota Ambon, Maluku dilaksanakan pada tahun 2018 sampai 2019 termasuk penyediaan alat Kesehatan tahap awal. Sejak Bulan Mei 2020 hingga saat ini RS sudah beroperasi dengan klasifikasi kelas B jumlah tempat tidur 237 TT. Kehadiran RSUP dr. J Leimena Ambon memberikan dampak yang baik bagi Pelayanan Kesehatan di Kawasan Timur Indonesia khususnya di Kota Ambon dan sekitarnya. Dengan kehadiran RS memberikan akses pelayanan kesehatan yang memadai bagi masyarakat dan menjadikan RS pilihan utama bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.







**Gambar 1.11**

Peresmian RSUP dr. Ben Mboi oleh Presiden RI

#### RSUP Dr. Ben Mboi

Berada di Kupang, Nusa Tenggara Timur, rumah sakit ini berdiri di atas lahan seluas 35 ribu meter persegi atau 18 hektare. Sentuhan pembangunannya menggunakan konsep green hospital dengan ruang terbuka, memperhatikan tata kota, serta drainase terintegrasi dengan Kinerja Kementerian Kesehatan dalam Enam Pilar Transformasi Kesehatan Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat

Indonesia sehat dan Unggul 93 pengolahan limbah. RS Dr Ben Mboi memiliki 210 tempat tidur, 36 tempat tidur intensif, 12 ruang pinere, 5 kamar operasi, dan 1 cathlab. Untuk rumah sakit ini, Kementerian Kesehatan menargetkan untuk bisa mendorongnya menjadi rumah sakit Tipe A, rumah sakit pendidikan, dan RS Pengampu seluruh rumah sakit di NTT.



**Gambar 1.12**

Rumah Sakit UPT Vertikal Papua

### RS UPT Vertikal Papua

Rumah sakit berada di jalan Raya Sentani–Abepura, Kelurahan Kota Baru, Distrik Abepura, Jayapura. Pembangunan rumah sakit dilakukan di dalam kawasan Kampus Universitas Cenderawasih, di Abepura, Papua. Konstruksi pembangunannya

melanjutkan pembangunan rumah sakit Universitas Cenderawasih milik Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Riset dan Teknologi. Saat ini, proses pembangunan RS telah masuk ke dalam perencanaan konstruksi. Proses konstruksi dapat dilaksanakan pada tahun 2023.

| No | Nama Rumah Sakit         | Lokasi           | Kelas RS | Layanan                                           |
|----|--------------------------|------------------|----------|---------------------------------------------------|
| 1  | RS UPT Vertikal Surabaya | Jawa Timur       | A        | Jantung, Stroke, dan Kanker (Center of Excellent) |
| 2  | RS UPT Vertikal Makassar | Sulawesi Selatan | A        | Jantung, Otak, dan Kanker (Center of Excellent)   |
| 3  | RS UPT Vertikal IKN      | Kalimantan Timur | A        | Jantung dan Stroke (Center of Excellent)          |

### RS UPT Vertikal Surabaya

Berada di Kota Surabaya, Jawa Timur, rumah sakit ini berdiri di lahan seluas 5,24 hektare. RS UPT Vertikal sudah masuk dalam Program Prioritas Nasional (ProPN) Bidang Kesehatan sesuai Rencana Kerja Kemenkes Tahun Anggaran 2022–2024 dengan proyeksi anggaran Rp1,4 triliun. Rumah sakit berdiri dengan konsep *smart hospital* yang mengedepankan teknologi digitalisasi sistem pelayanan kesehatan, hemat energi dan ramah lingkungan, serta *patientcenteredness concept*.

Layanan rumah sakit ini komprehensif dan paripurna. Tim melakukan layanan diagnostik, terapeutik, dan rehabilitatif, baik spesialisistik maupun sub-spesialistik untuk tiga penyakit penyebab kematian tertinggi di Indonesia, yakni kanker, stroke, dan jantung. RS UPT Vertikal dilengkapi Gedung Jantung, Gedung Otak, Gedung Kanker, dan Gedung Podium untuk pelayanan diagnostik dan penelitian. Kementerian Kesehatan menargetkan rumah sakit ini menjadi RS Pendidikan, RS Pengampu, dan *benchmarking* pengelolaan RS yang baik.



**Gambar 1.13**

Rumah Sakit UPT Vertikal Surabaya



### RS UPT Vertikal Makassar

Rumah sakit ini berada di Jalan Metro Tanjung Bunga, Kelurahan Maccini Sumbala, Kecamatan Tamalate, Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Rumah sakit berdiri di atas lahan seluas 6,28 hektare. Pembangunan RS UPT Vertikal Katastropik ini dinilai strategis karena Makassar merupakan kawasan rujukan untuk Indonesia timur. Diharapkan

masyarakat di kawasan timur Indonesia dapat mengakses pelayanan rujukan untuk pelayanan katastropik. Rumah Sakit Makasar dibangun sebagai Rumah Sakit Kelas A dengan Layanan unggulan Rumah Sakit Jantung, Otak, dan Kanker dan Jumlah Tempat Tidur (TT) sebanyak 920 TT.



**Gambar 1.13**

Rumah Sakit UPT Vertikal Makassar

### Rumah Sakit UPT Vertikal di Ibu Kota Nusantara

Lokasi pembangunan di Provinsi Kalimantan Timur, wilayah Kabupaten Penajam Paser Utara dan Kabupaten Kutai Kartanegara. KIPP WP-1A, koordinat -0.970642, 116.703591 (identitas persil: 1.GO.214.01-10). Pembangunan dilakukan sejak tahun 2022, Rumah Sakit IKN dibangun sebagai Rumah Sakit Kelas A dengan Layanan unggulan Rumah Sakit Jantung dan Stroke dan Jumlah Tempat Tidur (TT) sebanyak 257 TT. Pembangunan Rumah Sakit IKN dibagi menjadi 2 Tahap, progres

Pembangunan Rumah Sakit IKN Tahap 1 telah mencapai 100% dan untuk progres Pembangunan Rumah Sakit IKN Tahap 2 telah mencapai 75,170% dan proses Pembangunan tahap 2 di lanjutkan di tahun 2025 dengan menggunakan pemberian kesempatan, pemberian kesempatan pertama sampai 19 februari 2025 progres 96,8615%, pemberian kesempatan kedua sampai 10 maret 2025 target progres 100%.



**Gambar 1.14**

Rumah Sakit UPT Vertikal Makassar

### Pembangunan RS Pratama

Selain pembangunan RS UPT Vertikal juga dilakukan Pembangunan RS Pratama yang pendanaannya menggunakan alokasi dana DAK. Pada tahun 2022 dibangun RS Pratama di 9 Lokus, tahun 2022 terbangun di 21 Lokus, tahun 2023 terdapat 15 Lokus Pembangunan dan pada tahun 2024 pembangunan

di lakukan di 8 lokus, Lokasi Pembangunan Rumah Sakit Pratama tersebar dari Aceh sampai Papua. Dengan pembangunan yang dilakukan secara merata di seluruh wilayah Indonesia diharapkan masyarakat dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan rujukan yang berkualitas.



**Gambar 1.15**

Rumah Sakit Pratama FAM DOFA di Kab. Kep. Sula Maluku Utara



**Gambar 1.16**

Rumah Sakit Pratama Nikiwar di Kab. Teluk Wondama Papua Barat

Penyediaan Alat Kesehatan untuk Penyakit Prioritas

Dalam rangka peningkatan kompetensi layanan penyakit prioritas di rumah sakit, Kemenkes telah membantu untuk pemenuhan ketersediaan alat kesehatan sesuai dengan strata pelayanannya. Adapun alat kesehatan yang dilakukan pemenuhan merupakan alat kesehatan yang digunakan untuk layanan kanker, stroke, jantung, uronefrologi dan KIA dimana alat tersebut merupakan alat dengan investasi tinggi dan teknologi canggih. Pada tahun 2022, melalui DAK dan Bantuan Pemerintah (Banper) telah didorong untuk pemenuhan sebanyak 465 alat dengan total anggaran 3,2 Triliun Rupiah. Pada tahun 2023 pemenuhan alat sebanyak 234 melalui DAK

dengan total anggaran 2,4 Triliun Rupiah. Pada Tahun 2024 pemenuhan alat direncanakan sebanyak 2947 unit dengan jumlah dana yang dianggarkan untuk pemenuhan alat kesehatan melalui development partner sebesar 1,9 Triliun Rupiah. Pemenuhan alat tersebut akan terus dilakukan sampai dengan tahun 2027 baik melalui DAK maupun melalui development patner. Target yang diharapkan sampai dengan 2027 yaitu 30 RS milik Kementerian Kesehatan, 50 RS milik Pemerintah Provinsi dan 499 RS milik Pemerintah Kabupaten/Kota dapat tersedia alat Kesehatan dengan teknologi canggih untuk melakukan pelayanan kanker, jantung, stroke, uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia (KJSU-KIA).

|        |    | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
|--------|----|------|------|------|------|------|------|
| Alkes  | Σ  | 465  | 234  | 2947 | 5632 | 1125 | 265  |
|        | RS | 172  | 109  | 318  | 563  | 376  | 107  |
| Sarana | Σ  | -    |      | 86   | 492  | 588  | 196  |
|        | RS | -    | -    | 84   | 319  | 296  | 86   |



Gambar 1.17  
Rumah Sakit Pratama Nikiwar di Kab. Teluk Wondama Papua Barat



## Transformasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan

Rumah Sakit Kementerian Kesehatan sebagai unit pelaksana teknis milik Kementerian Kesehatan harus menjadi yang terdepan dalam melaksanakan Transformasi Sistem Kesehatan. Untuk melaksanakan hal tersebut, dicanangkan Transformasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan yang bertujuan agar RS Kemenkes menjadi:

1. RS dengan pelayanan setara World Class Hospital
2. Menjadi pusat Pendidikan dan penelitian
3. Menjadi pengampu jejaring layanan prioritas

Untuk mencapai tiga tujuan diatas, Transformasi RS Kemenkes berfokus pada empat area, yaitu:

1. Perbaiki pengalaman pasien
  - Inisiatif 1. Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu  
Telah dilakukan perbaikan di seluruh RS Kemenkes berupa zonasi parkir pasien, 70% kapasitas parkir, zona untuk rawat jalan: 06.30–19.00, pembayaran cashless, pemanfaatan valet parking, dan tempat pick up dan drop off yang nyaman. Ruang Terbuka Hijau, pengecekan rutin toilet, Toilet untuk yang berkebutuhan khusus, ruang TUNGGU dengan Ukuran minimal 1 – 1,5m<sup>2</sup>/orang dan Tersedia TV; sirkulasi udara, pencahayaan baik, dan informasi antrian pasien.
  - Inisiatif 2. Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK, & IGD
    - Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang  $\leq 120$  menit : 26 RS Kemenkes memiliki capaian lebih dari 80%
    - Waktu Pemeriksaan Laboratorium  $\leq 60$  menit : 35 RS Kemenkes memiliki capaian lebih dari 80%
    - Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi  $\leq 60$  menit : 29 RS Kemenkes memiliki capaian lebih dari 80%

- Pembatalan Operasi Elektif <3% : 32 RS Kemenkes memiliki capaian kurang dari 3%
- Waktu Pelayanan Pasien Di IGD  $\leq 4$  Jam : 16 RS Kemenkes memiliki capaian lebih dari 90%
- Waktu Masuk Rawat Inap  $\leq 60$  menit : 20 RS Kemenkes memiliki capaian lebih dari 90%
- Realisasi Pasien Direncanakan Pulang H-1 : 22 RS Kemenkes memiliki capaian lebih dari 90%

- Inisiatif 3. Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien  
Pada tahun 2024, 18 RS Kemenkes memiliki tingkat kepuasan baik dan 19 RS Kemenkes memiliki tingkat kepuasan baik sekali,

2. Perbaiki mutu pemberi layanan
  - Inisiatif 4. Remunerasi yang berkeadilan  
Telah dilakukan perbaikan pola remunerasi berbasis kinerja yang berkeadilan dan meningkatkan produktivitas.
3. Perbaiki mutu layanan klinis
  - Inisiatif 5. Penerapan standar klinis menggunakan dan clinical pathway  
Telah disusun 53 Indikator Klinis dari 12 layanan yaitu layanan jantung, kanker, stroke, uronefrologi, gastrohepatologi, psikiatri, tuberculosis, PINERE, ortopedi, KIA, diabetes mellitus, dan mata.
  - Inisiatif 9. Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset
4. Perbaiki tata kelola Rumah Sakit.
  - Inisiatif 6. Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi
  - Inisiatif 7. Digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi
  - Inisiatif 8. Mengembangkan layanan Non-BPJS
  - Inisiatif 10. Penerapan standar perhifungan unit cost pelayanan

### 3. Transformasi Ketahanan Kesehatan Nasional

Ketahanan Kesehatan Nasional terbagi dalam dua target utama, di antaranya:

#### 1. Meningkatkan Ketahanan Sektor Farmasi dan Alat Kesehatan

- a. Target Transformasi Kesehatan  
Pilar **Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan** salah satunya mewujudkan **kemandirian sektor kefarmasian dan alat kesehatan**, di antaranya meliputi produksi 10 **bahan baku obat (BBO)** konsumsi terbesar *by value*, produksi **produk biologi dan derivat plasma**, 14 dari 14 jenis antigen **vaksin program dan TBC**, serta penguasaan teknologi *viral-vector* dan *nucleic acid based*, peningkatan pengembangan fitofarmaka, peningkatan belanja dalam negeri untuk 17 dari 19 alkes terbesar *by value & volume* produksi dalam negeri, serta produksi alkes berteknologi tinggi.

- b. Upaya dorongan terhadap pengembangan dan produksi dalam negeri

- Sediaan Farmasi
  - Indonesia memiliki 15 industri bahan baku obat (BBO) nasional, tahun 2024, industri BBO nasional sudah dapat memproduksi 10 dari 10 BBO top *by value* yaitu parasetamol, atorvastatin, clopidogrel, amlodipin, candesartan, bisoprolol, azitromisin, omeprazol, sitagliptin, dan imatinib.
  - Produk biologi yang telah dikembangkan dan diproduksi dalam negeri antara lain erithropoetin alfa, enoxaparin, insulin glargine, rituximab, insulin aspart, HyFc EPO, bevacizumab, filgrastim, albumin (PODP) dan IVIg (PODP).
  - Sejak tahun 2022 hingga tahun 2024, pemerintah memfasilitasi industri farmasi dalam program fasilitasi *change source* untuk meningkatkan penggunaan BBO

dalam negeri melalui pembiayaan uji bioekivalensi untuk BBO dalam negeri yang banyak digunakan, yaitu atorvastatin, clopidogrel, amlodipine, candesartan, azitromisin dan bisoprolol.

- Vaksin
  - Saat ini, Indonesia telah mampu mengembangkan dan memproduksi 17 vaksin di dalam negeri antara lain: BCG, difteri, pertusis, tetanus, hepatitis, influenza (HIB), polio oral (OPV), covid-19 (m-RNA), IPV, HPV, PCV, jerap DT, nOPV2 influenza HA, covid-19 (protein rekombinan), covid-19 (virus inaktivasi) dan vaksin typhoid. Saat ini, Indonesia memiliki 4 industri vaksin, yaitu PT Bio Farma, PT Biotis, PT Jakarta *Biopharmaceutical Industry* (JBIO), dan PT Etana.
  - Pemerintah terus mendorong peningkatan ketahanan dan kemandirian industri vaksin, bekerja sama dengan mitra global, melakukan pelatihan, fasilitasi pelaksanaan uji klinik di Indonesia, fasilitasi pendanaan riset vaksin, fasilitasi peningkatan regulatori, fasilitasi peningkatan kapasitas manufaktur vaksin, fasilitasi perluasan kerja sama, dan pembentukan pusat koordinasi dan kolaborasi lintas sektor untuk mendukung ekosistem
- Alat Kesehatan
  - Pada sektor ketahanan alat kesehatan, saat ini terdapat 8 dari 10 peralatan medis yang telah mampu diproduksi secara lokal antara lain *ventilator*, *patient monitor*, *endoscopy*, *hematology analyzer*,

*diagnostic ultrasonic system, x-ray mobile* dan USG.

- Pemerintah mendorong peningkatan ketahanan dan kemandirian industri alat kesehatan melalui fasilitasi *transfer knowledge* dan transfer teknologi dengan mitra global, mendorong investasi industri alkes, termasuk *joint venture*, serta proteksi pasar industri dalam negeri, salah satunya melalui regulasi substitusi produk impor.

## 2. Memperkuat Ketahanan Tanggap Darurat

Pemerintah mendukung percepatan pengembangan dan ketahanan industri farmasi dan alat kesehatan melalui:

- a. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Bab IX Ketahanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan di antaranya mengatur **Percepatan pengembangan dan ketahanan industri farmasi dan alat kesehatan** melalui:

- Pemberian insentif ke pelaku usaha yang berupaya dalam ketahanan farmalkes.
- Peningkatan daya saing industri sediaan farmasi dan alat kesehatan.
- dukungan penguasaan dan pemanfaatan teknologi dan inovasi serta penelitian dan pengembangan sediaan farmasi dan alat kesehatan, termasuk kerja sama luar negeri baik secara multilateral, regional, maupun bilateral.
- Produksi sediaan farmasi dan alat kesehatan dalam negeri untuk kebutuhan dalam negeri dan ekspor serta meningkatkan utilisasi kapasitas industri.
- Penggunaan bahan obat dan bahan baku alat kesehatan produksi dalam negeri oleh industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.

- b. Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

- Pemerintah mengatur tentang percepatan dan ketahanan industri sediaan farmasi dan alat kesehatan ditujukan untuk membangun kesehatan nasional.
- Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, masyarakat, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mengutamakan penggunaan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dalam negeri dengan tetap memperhatikan mutu, kualitas, keamanan, dan kemanfaatan.
- Penggunaan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dalam negeri dilaksanakan sejalan dengan perkembangan kebutuhan Pelayanan Kesehatan dan ketahanan Kesehatan nasional.
- Penggunaan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan memperhatikan tingkat komponen dalam negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Penelitian dan pengembangan obat bahan alam dilakukan dengan mempertimbangkan ketersediaan bahan baku, proses produksi, serta pengujian dan penilaian keamanan, khasiat dan mutu.
- Obat Bahan Alam dapat digunakan secara mandiri oleh masyarakat atau digunakan untuk kepentingan Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Obat Bahan Alam yang digunakan untuk kepentingan Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat diberikan berdasarkan resep dan mengacu pada formularium.

- c. Inpres No. 2 Tahun 2022 tentang Percepatan Program Peningkatan Penggunaan Produk Dalam Negeri (P3DN) dan Produk Mikro, Usaha Kecil, dan

Koperasi dalam rangka Gerakan Nasional Bangga Buatan Indonesia (Gernas BBI) pada Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah.

- d. Melakukan upaya prioritasasi pembelian produk dalam negeri yang memiliki Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN) dengan berdasarkan pada Peraturan Kepala LKPP No. 122 Tahun 2022 dan Surat Edaran Kepala LKPP No. 7 Tahun 2023.
- e. Menerapkan kebijakan substitusi obat dan alat kesehatan impor dengan obat dan alat kesehatan dalam negeri pada katalog elektronik sektoral kesehatan yang dilakukan melalui mekanisme pembekuan (freeze) dan pembukaan pembekuan (unfreeze) berdasarkan kriteria yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1314/2023 tentang Substitusi Obat dan Alat Kesehatan Impor Dengan Obat dan Alat Kesehatan Dalam Negeri pada Katalog Elektronik Sektoral Kesehatan.
- f. Menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1333/2023 tentang Peningkatan Penggunaan Sediaan Farmasi yang Menggunakan Bahan Baku Produksi Dalam Negeri sebagai upaya untuk mendukung pengembangan industri sediaan farmasi dalam negeri serta percepatan peningkatan penggunaan produk dalam negeri. Dalam peraturan tersebut, terdapat 62 item bahan baku obat yang akan dapat diproduksi dalam negeri dan siap digunakan, terdiri dari 45 item bahan baku obat *Active Pharmaceutical Ingredient* (API), 2 item bahan baku natural, 3 item bahan baku produk biologi, dan 12 item zat aktif vaksin dan serum dengan tingkat komponen dalam negeri (TKDN) paling sedikit 52% (lima puluh dua persen) untuk obat dan obat tradisional, dan paling sedikit 70% (tujuh puluh persen) untuk vaksin dan serum.
- g. Dalam mendukung percepatan peningkatan penggunaan obat produk

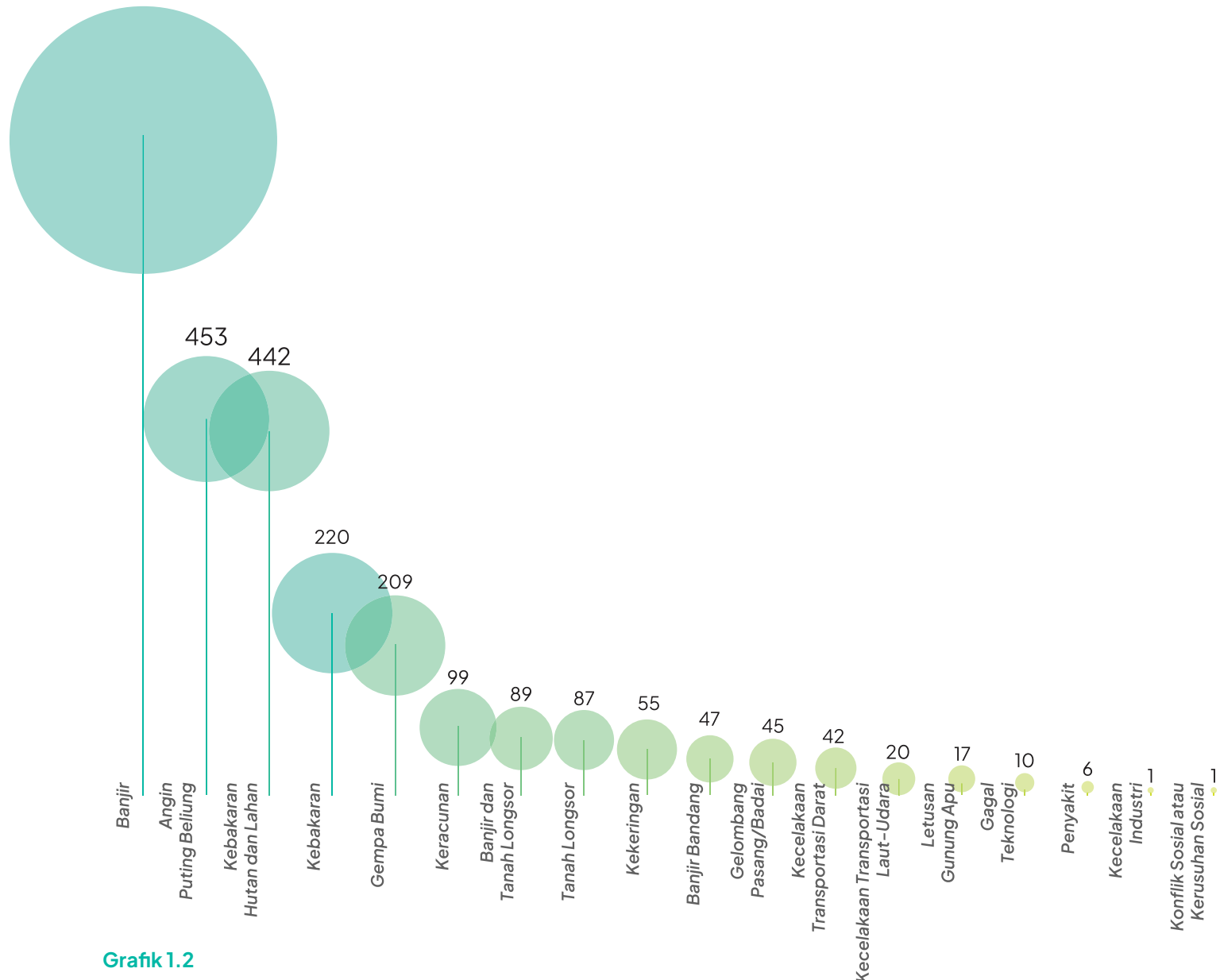
dalam negeri, telah dilakukan sosialisasi dan evaluasi kepada fasilitas pelayanan kesehatan terkait berbagai regulasi tentang kewajiban untuk menggunakan obat produksi dalam negeri melalui pengadaan di e-katalog. Selanjutnya akan dilakukan evaluasi terhadap penggunaan obat produk dalam negeri di fasilitas pelayanan kesehatan.

## Ketahanan Tanggap Darurat

Pada tahun 2024, Indonesia menghadapi bencana alam yang beragam jenis dan intensitasnya. Sebagai negara yang terletak di Cincin Api Pasifik, Indonesia secara alami rentan terhadap gempa bumi dan letusan gunung api. Beberapa wilayah seperti Sumatera, Jawa, dan Nusa Tenggara sering kali menjadi pusat perhatian akibat aktivitas seismik yang intens, yang dapat mengakibatkan kerusakan besar terhadap infrastruktur dan menimbulkan ancaman bagi kehidupan manusia. Selain itu, ancaman tsunami tetap menjadi ancaman serius jika terjadi gempa bumi yang berpusat laut dalam Samudra Hindia atau Laut Sunda.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. Bencana mencakup berbagai jenis peristiwa seperti gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, banjir, longsor, kebakaran hutan, dan bencana lain yang mengancam kehidupan dan kesejahteraan masyarakat.

857



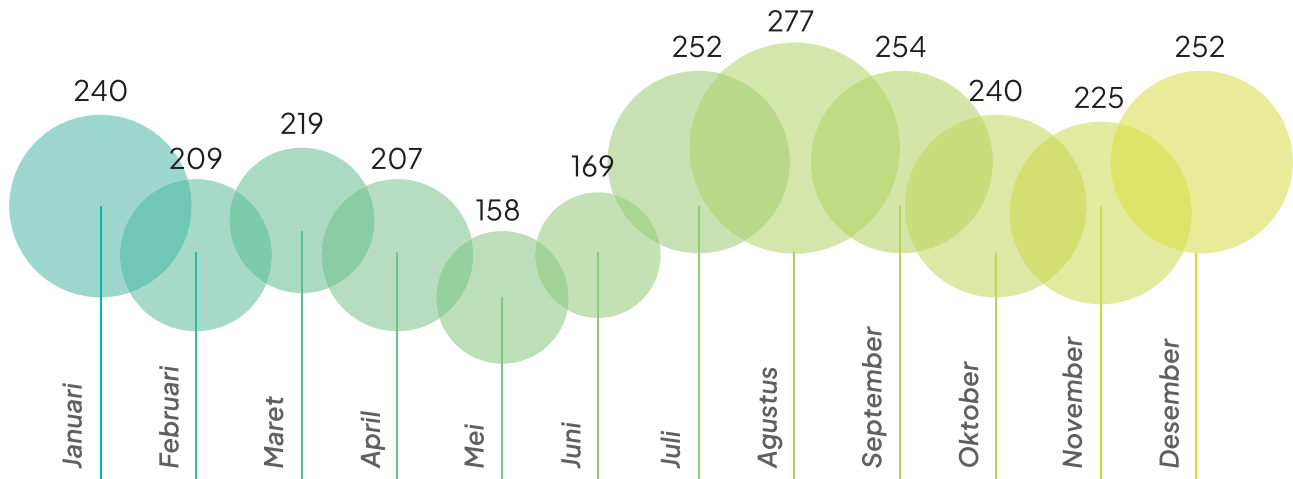
Grafik 1.2

Distribusi Kejadian Bencana di Indonesia Tahun 2024



Sepanjang tahun 2024, Pusat Krisis Kesehatan melalui Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan (SIPKK) telah memantau sebanyak 2.700 kejadian bencana. Berdasarkan Grafik 1.2, banjir menjadi kejadian bencana dengan frekuensi

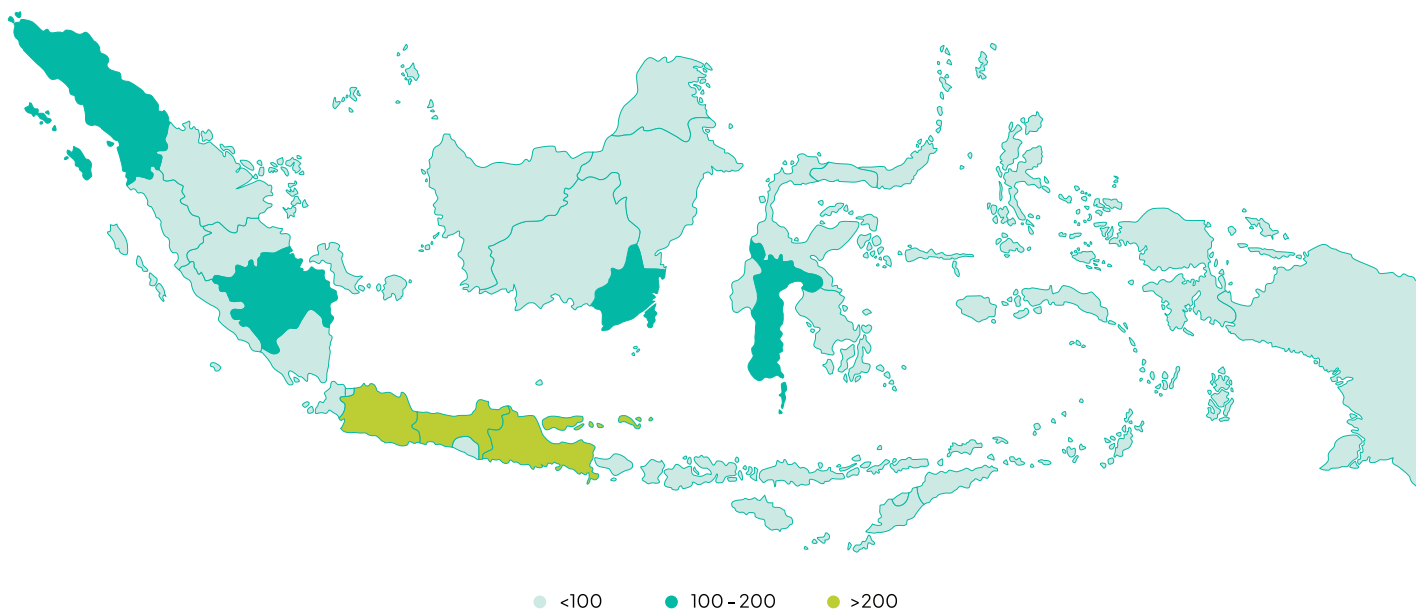
tertinggi yaitu sebanyak 857 kejadian, disusul angin puting beliung sebanyak 453 kejadian, dan kebakaran hutan dan lahan sebanyak 442 kejadian. Sedangkan bencana konflik sosial menjadi bencana yang paling sedikit terjadi yaitu 1 kejadian.



**Grafik 1.3**  
Frekuensi Bencana di Indonesia Berdasarkan Bulan Tahun 2024

Berdasarkan Grafik 1.3, frekuensi kejadian bencana tertinggi terjadi di bulan Agustus 2024 yaitu sebanyak 277 kejadian. Tingginya kejadian tersebut disebabkan oleh bencana kebakaran hutan dan lahan. Frekuensi bencana tinggi lainnya terjadi di bulan Januari dan Desember 2024, didominasi bencana hidrometeorologi seperti banjir dan tanah longsor. Dari grafik ini kita bisa melihat pola musim

memengaruhi frekuensi bencana tertentu, di mana pada musim kemarau dominasi bencana adalah karhutla dan pada bulan-bulan hujan frekuensi bencana didominasi oleh banjir dan tanah longsor. Hal ini bisa menjadi dasar sektor kesehatan untuk menyiapkan kapasitas kesehatan menghadapi bencana yang dipengaruhi musim.



**Gambar 1.18**  
**Sebaran Kejadian Bencana di Indonesia Tahun 2024**

Tingkat kejadian bencana digolongkan dalam tiga kategori, yakni: (a) Provinsi dengan jumlah kejadian tinggi (>200 kali), (b) Provinsi dengan jumlah kejadian sedang (100–200 kali), dan (c) Provinsi

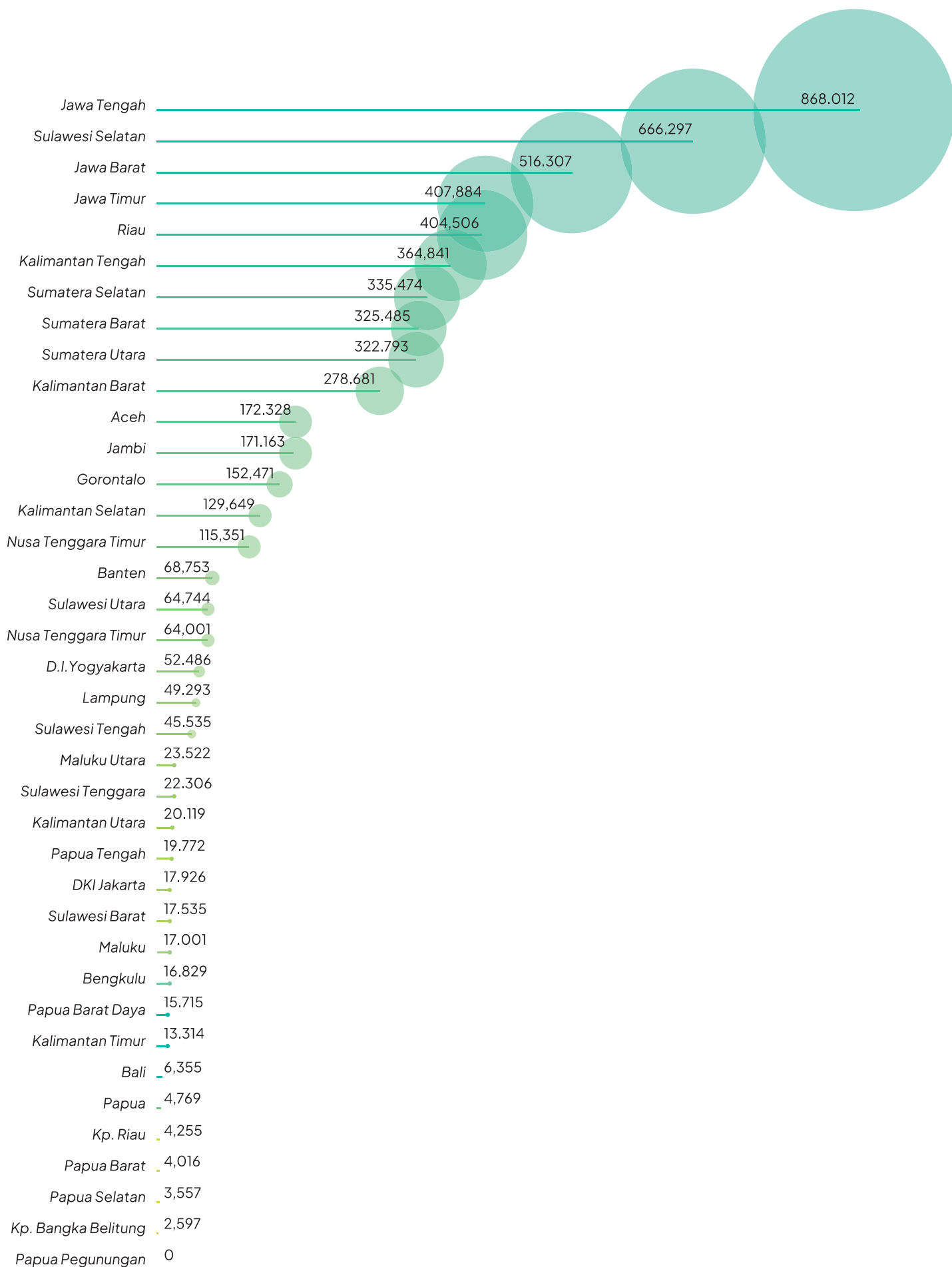
dengan jumlah kejadian rendah. Pada Gambar 1.12, dapat dilihat sebaran kejadian bencana di setiap provinsi selama tahun 2024 sebagai berikut:

|   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | >200 kali      | Jawa Timur, Jawa Barat dan Jawa Tengah                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2 | 100 – 200 kali | Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Sulawesi Selatan, Kalimantan Selatan dan Aceh.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3 | <100 kali      | Riau, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Tengah, Sumatera Barat, DKI Jakarta, Banten, Lampung, Kalimantan Timur, Jambi, Kalimantan Tengah, Maluku Utara, Sulawesi Utara, Maluku, Kalimantan Barat, Nusa Tenggara Timur, D.I. Yogyakarta, Gorontalo, Kepulauan Riau, Sulawesi Barat, Kep.Bangka Belitung, Bali, Bengkulu, Sulawesi Tenggara, Papua, Papua Barat, Kalimantan Utara, Papua Tengah, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, dan Papua Selatan. |

Wilayah dengan tingkat kejadian bencana tinggi adalah Jawa Timur, Jawa Barat dan Jawa Tengah, dengan jenis bencana yaitu angin puting beliung dan banjir. Tiga provinsi tersebut diketahui memiliki populasi penduduk yang tinggi. Hal ini perlu menjadi perhatian untuk meningkatkan mitigasi dan kesiapsiagaan menghadapi bencana di wilayah tersebut.

Keterkaitan antara daerah atau wilayah yang terdampak bencana dengan dampaknya terhadap penduduk sangat erat, karena bencana tidak hanya merusak infrastruktur dan lingkungan, tetapi juga langsung memengaruhi kondisi sosial, ekonomi,

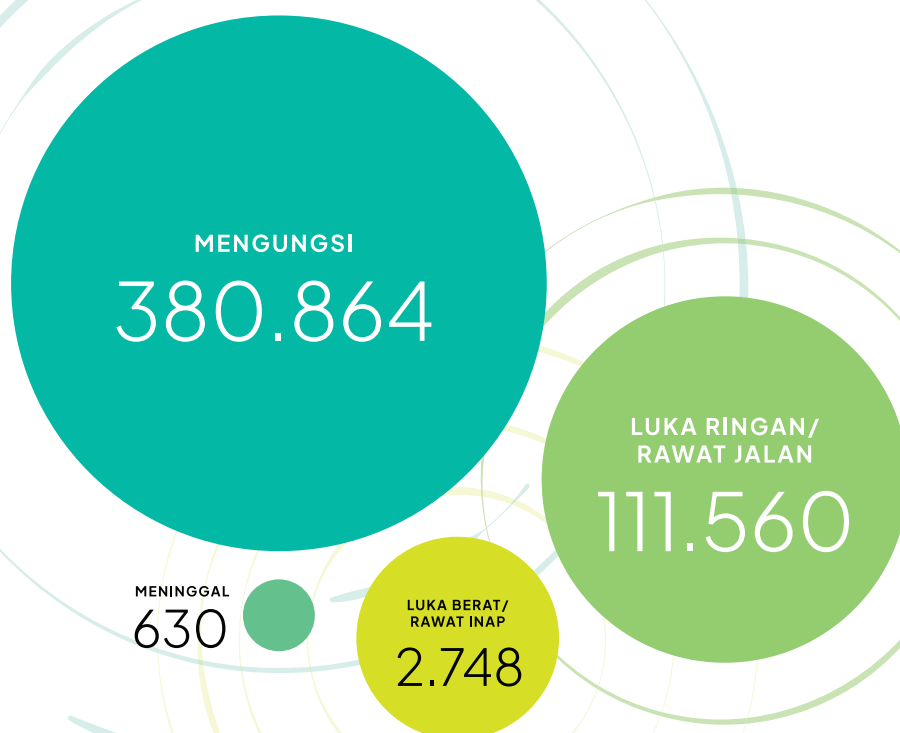
dan kesehatan penduduk yang tinggal di daerah tersebut. Ketika sebuah wilayah terkena bencana, seperti gempa bumi, banjir, atau letusan vulkanik, kerusakan fisik pada infrastruktur seperti rumah, jalan, dan fasilitas kesehatan akan membatasi akses masyarakat terhadap kebutuhan dasar seperti tempat tinggal yang aman, makanan, air bersih, dan layanan kesehatan. Hal ini menyebabkan penduduk yang terdampak bencana menjadi lebih rentan terhadap penyakit, malnutrisi, dan gangguan kesehatan lainnya, yang pada akhirnya memperburuk kondisi hidup mereka dalam jangka panjang.



**Gambar 1.4**  
Distribusi Penduduk Terdampak Bencana Tahun 2024

Sepanjang tahun 2024, jumlah penduduk yang terdampak bencana di Indonesia diperkirakan akan semakin meningkat, seiring dengan intensitas bencana yang semakin sering terjadi. Pada Grafik 1.4, dapat dilihat provinsi dengan jumlah penduduk terdampak tertinggi yaitu Jawa Tengah (868.012 penduduk), Sulawesi Selatan (666.297 penduduk), Jawa Barat (516.307 penduduk) dan Jawa Timur (407.884 penduduk). Di sisi lain pada bagian timur Indonesia, provinsi seperti Papua Pegunungan, Papua Selatan, dan Papua Barat memiliki jumlah penduduk terdampak yang tidak besar.

Hal ini menunjukkan frekuensi kejadian bencana dan kepadatan penduduk pada setiap provinsi berbanding lurus dengan jumlah penduduk terdampak. Hal ini perlu menjadi perhatian, untuk wilayah dengan kepadatan penduduk yang tinggi dan sering terjadi bencana, maka perlu dilakukan upaya pengurangan risiko yang lebih masif agar masyarakat menjadi sadar akan potensi bencana di wilayahnya, dan bahkan dapat menjadi first responder, mampu menolong dirinya sendiri dan orang-orang terdekatnya ketika terjadi bencana.



**Grafik 1.5**  
Distribusi Korban Akibat Bencana Tahun 2024

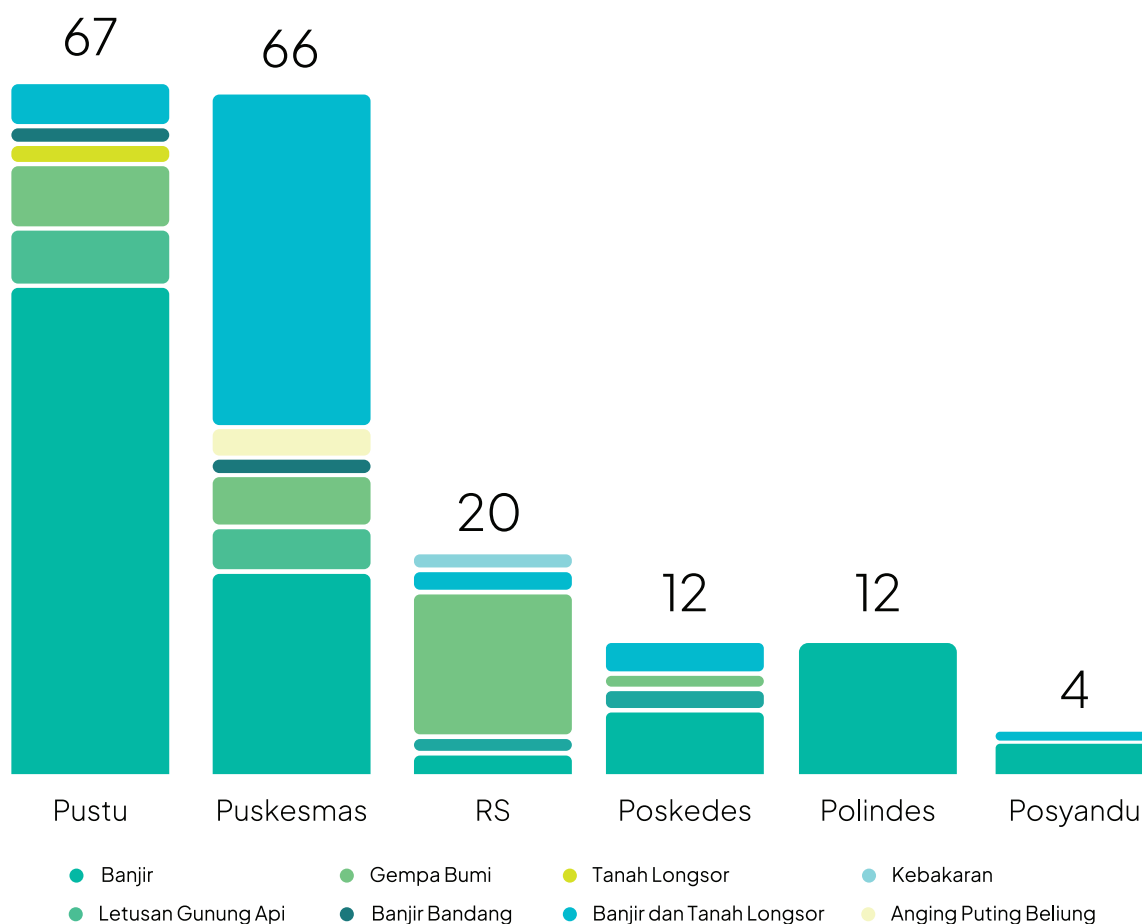
Dampak bencana tidak hanya terbatas pada kerusakan infrastruktur, tetapi juga mencakup dampak yang sangat signifikan terhadap korban manusia, baik dalam hal kehilangan nyawa, cedera fisik, maupun gangguan kesehatan mental. Ketika bencana terjadi, banyak orang kehilangan tempat tinggal, pekerjaan, dan akses terhadap layanan dasar seperti air bersih dan perawatan medis. Korban jiwa sering kali menjadi sorotan utama, terutama dalam bencana besar seperti gempa bumi atau tsunami, di mana banyak nyawa melayang dalam waktu singkat. Selain itu, bencana juga menyebabkan cedera fisik yang parah, seperti luka akibat reruntuhan bangunan, kebakaran, atau kecelakaan lainnya yang terjadi selama atau setelah bencana.

Cedera ini seringkali membutuhkan perawatan medis intensif, dan dalam banyak kasus, korban harus dipindahkan ke rumah sakit atau pusat kesehatan yang terdekat, yang mungkin kewalahan dengan jumlah pasien. Grafik 1.5 menunjukkan bahwa selama tahun 2024 terdapat 630 korban meninggal dunia, 2.748 korban luka berat/rawat inap, 111.560 korban luka ringan/rawat jalan, dan 380.864 korban mengungsi. Hal ini perlu menjadi perhatian serius sektor kesehatan, baik dalam respon darurat untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah disabilitas, juga respon pelayanan kesehatan selama masyarakat dalam pengungsian, baik penyakit menular dan tidak menular agar tidak timbul KLB/wabah di pengungsian.



Kerusakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar akibat bencana di Indonesia sering kali memperburuk kondisi kesehatan masyarakat yang terdampak dan menghambat upaya pemulihan. Indonesia yang terletak di zona rawan bencana, seringkali menghadapi situasi di mana fasilitas kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, dan klinik rusak atau hancur akibat gempa bumi, tsunami, banjir, atau letusan gunung berapi.

Kerusakan fisik pada bangunan ini tidak hanya mengurangi kapasitas layanan medis, tetapi juga dapat merusak peralatan medis dan stok obat-obatan yang sangat dibutuhkan untuk menangani korban. Di daerah-daerah yang sulit dijangkau, kerusakan infrastruktur ini membuat akses ke layanan kesehatan menjadi sangat terbatas, memperparah kondisi korban yang memerlukan perawatan segera.



**Gradik 1.6**  
Fasilitas Pelayanan Kesehatan Terdampak Bencana Tahun 2024

Pada Grafik 1.6 menunjukkan sebanyak 181 fasilitas pelayanan kesehatan terdampak bencana, di mana bencana banjir paling banyak menyebabkan fasilitas pelayanan kesehatan terendam, sehingga tidak dapat berfungsi untuk melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Selain itu, bencana gempa bumi menjadi penyebab terbanyak

kerusakan Rumah Sakit. Hal ini perlu menjadi perhatian sektor kesehatan untuk melakukan penguatan fasilitas pelayanan kesehatan aman bencana, agar fasilitas pelayanan kesehatan tetap dapat berfungsi maksimal selama dan setelah terjadi bencana.

### Ketahanan Tanggap Darurat

Ada tiga indikator kinerja yang menjadi program prioritas Kementerian Kesehatan untuk Ketahanan Tanggap Darurat. Indikator kinerjanya, yakni jumlah provinsi yang sudah memiliki tenaga cadangan yang terlatih untuk penanganan bencana kegawatdaruratan perlu pengembangan, karena belum sesuai kebutuhan tenaga 10 pilar WHO. *Dashboard* EMT sudah terintegrasi ke dalam Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan yang terhubung dengan sistem INARISK BNPB, sehingga sudah terbentuk interoperabilitas antara *Dashboard* EMT dan SISDMK.

Sementara itu, target kumulatif Tim Kegawatdaruratan Medis teregistrasi dan terlatih di kabupaten dan kota pada 2022 yakni 25%, meningkat menjadi 75% pada 2023 dan pada 2024 ditargetkan sudah 100% masyarakat sesuai standar. Tim sudah terbentuk di 33 provinsi dari 34 provinsi. Indikator berikutnya adalah persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah dengan melaksanakan PE, pemeriksaan laboratorium, dan tata laksana kasus. Dari target 70% sudah dicapai

67%. Sementara dari sisi persentase provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar sudah terbentuk di 34 provinsi sesuai dengan target.

Saat ini untuk pendataan, Kementerian Kesehatan menggunakan aplikasi *Dashboard Emergency Medical Team (EMT)* yang merupakan faktor pendukung terlaksananya Transformasi Sistem Kesehatan. Transformasi ini bertujuan memastikan pembiayaan kesehatan tersedia, cukup, berkesinambungan, teralokasi secara adil. Transformasi juga mendorong pembelanjaan secara efektif dan efisien untuk mencegah penyakit. Selain itu juga untuk menyediakan layanan kesehatan yang terjangkau. Implementasi pilar Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan melibatkan lintas sektor dan lintas program, baik itu di tingkat pusat maupun daerah. Transformasi ini juga memiliki fokus untuk memberikan adanya kemudahan dan kesetaraan akses layanan kesehatan, terutama bagi masyarakat yang masuk dalam golongan kurang mampu.



**Gambar 1.19**  
Apel Ketahanan Tanggap Darurat

## 4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan

Pengeluaran biaya kesehatan per kapita negara-negara terus meningkat, tumbuh melebihi pendapatan per kapitanya. Namun, hal ini belum tentu ikut meningkatkan Usia Harapan Hidup (UHH) masyarakatnya, terutama jika tidak dikelola dengan bijak. Dengan UHH 72 tahun, Indonesia masih mengalami peningkatan angka penderita jantung, stroke, kanker, dan gagal ginjal, serta angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi. Untuk menanggulangi hal tersebut, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mencanangkan dan melaksanakan transformasi dalam enam pilar sistem kesehatan nasional, termasuk pilar keempat, yaitu transformasi pembiayaan kesehatan. Transformasi ini diwujudkan melalui empat program prioritas untuk mencapai tujuan pendanaan yang sesuai di antaranya:

1. Tersedia, cukup, dan berkelanjutan
2. Alokasi yang adil
3. Pemanfaatan yang efektif dan efisien

Kementerian Kesehatan terus mendorong upaya transformasi pembiayaan kesehatan. Upaya itu dilakukan dengan menetapkan empat program prioritas untuk mendukung transformasi pembiayaan kesehatan, yaitu *National Health Account* (NHA), *Health Technology Assessment* (HTA), Konsolidasi Pembiayaan Kesehatan, dan *Annual Review Tariff* dan *Ina Group*.

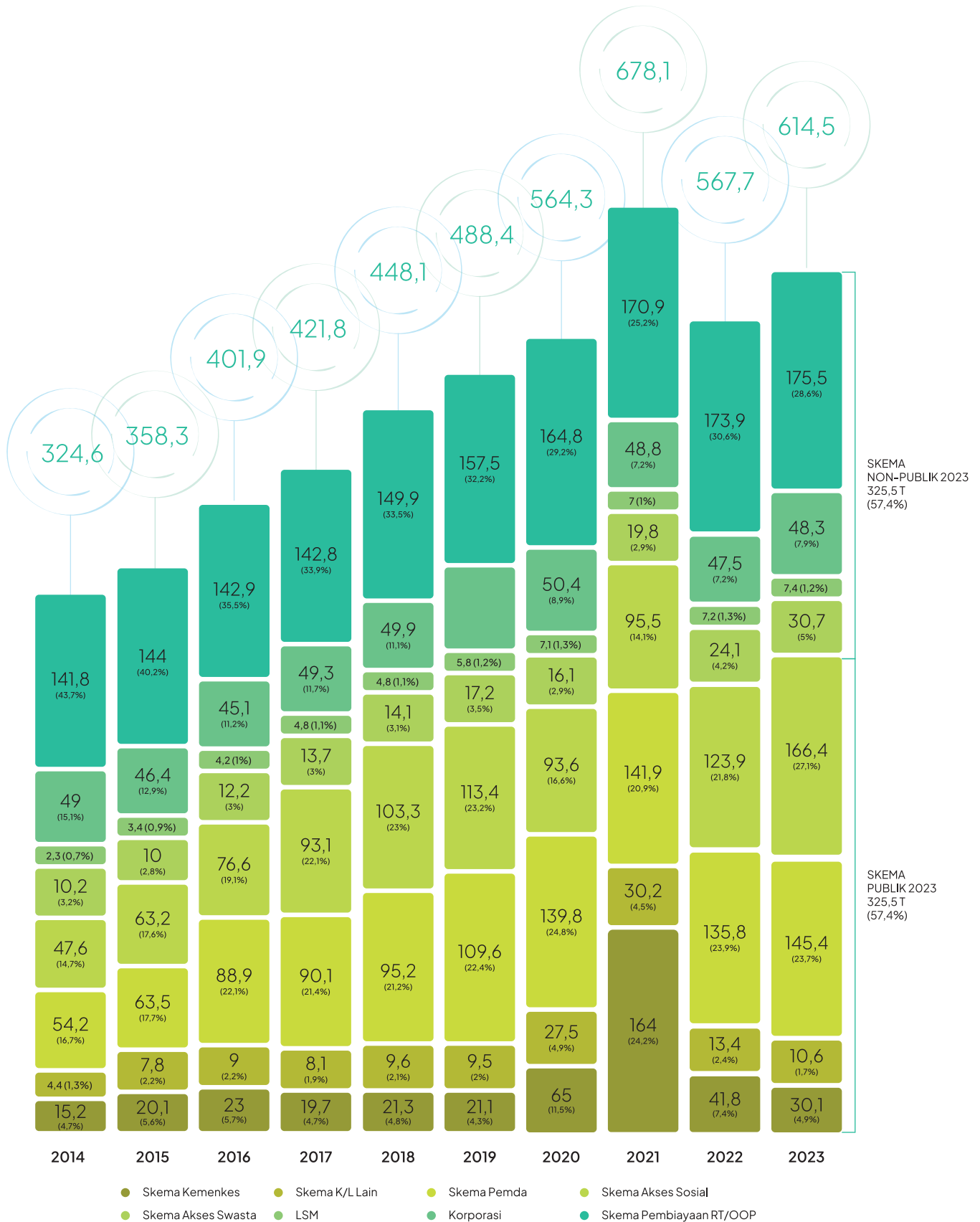
### National Health Account

*National Health Accounts* (NHA) atau Akun Kesehatan Nasional merupakan alat strategis untuk memahami pola belanja kesehatan suatu negara. Akun kesehatan ini secara komprehensif dapat memotret total belanja kesehatan yang mencakup sumber dana, mekanisme pendanaan, institusi pengelola dana, penyedia layanan, serta penggunaan belanja tersebut. NHA dapat dimanfaatkan dalam pemberian rekomendasi kebijakan terkait perencanaan dan penganggaran, mobilisasi dana, efisiensi, efektifitas, serta keselarasan (sinergisme) baik dengan arahan program prioritas maupun regulasi yang ada. Data NHA juga dapat memberikan gambaran posisi Indonesia dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC).

Indonesia telah memproduksi NHA menggunakan kerangka *System of Health Accounts* (SHA) 2011 yang merupakan metode standar internasional sehingga dapat melihat posisi Indonesia dibandingkan dengan berbagai negara. Data NHA juga telah didistribusikan secara global dalam *Global Health Expenditure Database* WHO dan diterbitkan setiap tahunnya dalam *Global Spending Report* yang terpublikasi setiap tahunnya oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Sebagai negara dengan kebijakan *single payer* (hanya ada satu pengumpul premi dan sekaligus berfungsi sebagai badan penyelenggara) terbesar di dunia, banyak negara memberi perhatian pada pembiayaan kesehatan di Indonesia untuk penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam rangka menuju *Universal Health Coverage* (UHC).

Grafik 1.7 menampilkan total belanja kesehatan Indonesia di mana selama tahun 2014–2023 menunjukkan terdapat peningkatan setiap tahunnya. Dalam kurun waktu 10 (sepuluh) tahun terjadi peningkatan belanja kesehatan hampir 2 (dua) kali lipat, dari Rp324,6 triliun pada tahun 2014 menjadi Rp614,5 triliun pada tahun 2023. Dalam grafik tersebut juga menampilkan proporsi belanja kesehatan menurut skema pendanaan kesehatan yang meliputi sektor publik sebesar 57,4% yang terdiri dari skema Kementerian Kesehatan, Kementerian/Lembaga lainnya, Pemerintah Daerah (provinsi dan kabupaten/kota), Asuransi Kesehatan Sosial (JKN) dan sektor non publik sebesar 42,6% yang terdiri dari skema Asuransi Kesehatan Swasta, Lembaga Non Profit yang melayani Rumah Tangga (LNPRT), Korporasi, dan Pembiayaan Rumah Tangga/OOP. Porsi belanja skema asuransi kesehatan sosial terhadap total belanja kesehatan juga terus meningkat dalam 1 dekade terakhir. Hal ini menunjukkan peran dan komitmen pemerintah dalam memberikan jaminan kesehatan untuk masyarakat Indonesia.

Grafik juga menunjukkan bahwa peningkatan porsi belanja pada skema asuransi kesehatan sosial seiring dengan penurunan pada porsi skema pembiayaan dari kantong rumah tangga. Tren belanja kesehatan pada skema pembiayaan dari kantong rumah tangga yang cenderung menurun secara proporsi sejak tahun 2014 hingga tahun 2023 harus dimonitor secara terus menerus. Namun



**Grafik 1.7**  
Total Belanja Kesehatan di Indonesia 2014–2023

meskipun secara proporsi skema pembiayaan dari kantong rumah tangga menurun (dari 43,7% pada tahun 2014 menjadi 28,6% pada tahun 2023), namun secara nominal mengalami kenaikan dari tahun 2014–2023 (dari Rp141,8 triliun pada tahun 2013 menjadi Rp175,5 triliun pada tahun 2023). Hal ini merupakan dampak langsung dari pertumbuhan pasar di sektor kesehatan.

Tantangan produksi NHA adalah data belanja kesehatan yang masih terfragmentasi di berbagai sumber, seperti Kementerian Keuangan, 52 Kementerian Dalam Negeri, BPJS, Askes Swasta, OJK, BPS, LSM, perusahaan, dan mitra pembangunan. Selain itu, data audited untuk setiap sumber data memiliki waktu yang berbeda. Oleh karena itu, interoperabilitas sistem informasi diperlukan untuk percepatan proses produksi NHA. Saat ini interoperabilitas data yang telah selesai dilakukan adalah dengan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Target tahun 2024 adalah interoperabilitas dengan Kementerian Keuangan dan Kementerian Dalam Negeri.

### Health Technology Assessment

*Health Technology Assessment* (HTA) di Indonesia telah diatur melalui Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Sejak saat itu, HTA diakui sebagai elemen penting dalam memastikan bahwa keputusan terkait layanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diambil secara berkelanjutan dan efisien. HTA berperan strategis dalam mengoptimalkan alokasi sumber daya kesehatan yang terbatas, dengan tujuan untuk memilih teknologi kesehatan yang memiliki *value for money*, sehingga memberikan manfaat maksimal dengan biaya yang terkendali. Peran HTA semakin penting sejak peluncuran Transformasi Kesehatan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2021. Dalam konteks transformasi ini, HTA diposisikan sebagai kunci untuk memastikan bahwa setiap rekomendasi yang diberikan berbasis bukti yang kuat, mendukung efisiensi, dan memastikan kualitas yang optimal.

Dengan demikian, HTA tidak hanya mendukung keberlanjutan sistem kesehatan, tetapi juga membantu dalam pengelolaan pembiayaan

kesehatan yang efektif dan efisien. Sebagai bagian dari upaya mempercepat pengembangan sistem kesehatan berbasis bukti, Kementerian Kesehatan telah meluncurkan pembaruan dan inovasi dalam proses bisnis HTA baru: Satu Pintu Satu Standar oleh Menteri Kesehatan pada 18 Oktober 2024. Inovasi ini bertujuan untuk menyempurnakan mekanisme evaluasi, meningkatkan transparansi, serta mempercepat proses pengambilan keputusan dalam HTA. Proses bisnis HTA yang baru diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dalam penilaian teknologi kesehatan, memperkuat kolaborasi antara pihak-pihak terkait, dan memastikan bahwa setiap keputusan berbasis bukti yang kuat dapat diimplementasikan dengan kualitas yang optimal.

Selama 10 tahun terakhir, proses HTA telah menghasilkan 18 rekomendasi kebijakan yang mencakup kebijakan obat dalam Formularium Nasional, penyesuaian tarif, serta kebijakan peningkatan layanan. Untuk lebih mempercepat pengembangan pelayanan kesehatan berbasis bukti, Menteri Kesehatan telah menetapkan 27 kajian HTA pada tahun 2024, yang meliputi teknologi kesehatan baru, obat dan alat kesehatan baru, serta layanan promotif dan preventif. Dengan langkah-langkah ini, diharapkan kualitas layanan JKN dapat meningkat dan lebih *cost-effective*, serta semakin meningkatkan akses dan keberlanjutan sistem kesehatan di Indonesia.





**Gambar 1.20**

Peluncuran Proses Bisnis HTA: Satu Pintu Satu Standar oleh Menteri Kesehatan, 18 Oktober 2024

### Konsolidasi Pembiayaan Kesehatan

#### 1. Utilization Review

Dalam program ini, Kementerian Kesehatan melakukan pengendalian layanan melalui utilization review. Upaya pelaksanaan Utilization Review dilakukan melalui metode review data klaim BPJS Kesehatan, pengambilan, pengolahan data serta analisis data dengan bersumber dari data e-klaim tahun 2023, serta penyusunan rekomendasi kebijakan. Output dari Utilization Review tersebut adalah 20 rekomendasi kebijakan atas penyakit dan dituangkan dalam bentuk Policy Brief.

#### 2. Kerja sama Pemerintah Swasta

Dalam rangka memenuhi pencapaian program-program kesehatan yang lebih komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) untuk mendorong pembangunan kesehatan, maka telah disusun pula regulasi yang mengatur kemitraan pemerintah dengan swasta di bidang

non-infrastruktur kesehatan. Regulasi tersebut adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2023 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di bidang Non Infrastruktur Kesehatan.

Pemerintah dengan Swasta di Bidang Non Infrastruktur Kesehatan. Peraturan itu menekankan enam ruang lingkup kemitraan, yaitu:

- Pelaksanaan pelayanan promotif, preventif, dan program bidang kesehatan lainnya.
- Pelaksanaan pelayanan perubahan perilaku masyarakat untuk mendukung program pembangunan kesehatan.
- Peningkatan dan pengembangan sumber daya yang mendukung kesehatan.

- d. Pelayanan bencana atau krisis kesehatan.
- e. Penanggulangan kejadian luar biasa atau wabah penyakit atau kedaruratan kesehatan masyarakat.
- f. Pelayanan kesehatan berbasis teknologi atau digitalisasi kesehatan.

### 3. Insentif Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Insentif UKM merupakan pemberian imbalan yang bersifat material di luar gaji kepada petugas puskesmas sebagai kompensasi pelaksanaan kegiatan program UKM untuk meningkatkan kinerja program UKM di puskesmas. Insentif UKM diberikan setiap bulan kepada semua petugas ASN puskesmas (PNS dan PPPK) yang melaksanakan kegiatan program UKM, setelah puskesmas melaporkan kinerja dan penyerapan dana BOK bulan yang bersangkutan. Kebijakan insentif UKM pada petugas puskesmas dimulai sejak tahun 2023 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2022 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun 2022. Adapun dasar kebijakan pemberian insentif UKM pada petugas puskesmas tahun 2023, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Pengelolaan Dana Bantuan Operasional Kesehatan Tahun Anggaran 2024. Sasaran kebijakan insentif UKM, yaitu petugas Puskesmas baik ASN maupun Non ASN dengan pengaturan yang berlaku saat ini.

### 4. Asuransi Kesehatan Tambahan

JKN merupakan program besar bagi masyarakat Indonesia untuk memberikan perlindungan secara finansial dalam mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dasar kesehatan. Sejak tahun 2014 berdasarkan UU, JKN memberikan ruang kepada peserta yang menginginkan kelas rawat lebih tinggi dari haknya dalam program JKN dengan dikenakan selisih biaya. Namun tentu hal ini harus dalam koridor regulasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang telah diatur dalam UU No. 40 Tahun 2004.

Berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 bahwa Peserta JKN yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari pada haknya (kelas standar), dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT), atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, sesuai dengan Permenkes 3 Tahun 2023 dalam hal selisih biaya dibayar oleh Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) maka ketentuan selisih biaya dibayarkan sesuai dengan kesepakatan antara Rumah Sakit dengan AKT. Ketika peserta merupakan peserta JKN dan juga mempunyai asuransi swasta apabila peserta tersebut menginginkan kelas perawatan lebih tinggi daripada haknya maka peserta tersebut dapat membayar selisih biaya menggunakan mekanisme Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ). Permenkes No. 3 Tahun 2023 pasal 48 telah mengatur kebijakan selisih biaya, namun belum mengatur adanya koordinasi antara badan penyelenggara jaminan (BPJS Kesehatan dan Asuransi Kesehatan). Pengaturan ini dipandang perlu bila kesepakatan yang terjadi antara badan penyelenggara kesehatan dengan fasilitas kesehatan akan memberi kepastian negosiasi terhadap pembentukan tarif dan manfaat dalam produk asuransi kesehatan.

Pendetailan KAPJ ini telah dituangkan dalam KMK HK.01.07/MENKES/1366/2024 tentang Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan. Konsep penataan kebijakan selisih biaya melalui KAPJ dilakukan untuk memberikan kepastian bentuk koordinasi antara penyelenggara jaminan, yakni BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara jaminan utama, AKT sebagai penyelenggara jaminan tambahan, serta Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut sebagai pemberi layanan kesehatan. Skema kebijakan KAPJ memberikan pilihan kepada peserta untuk naik kelas melalui AKT sehingga memberikan ruang kepada AKT untuk mengembangkan produknya. Dengan adanya kebijakan selisih biaya melalui KAPJ dapat mengendalikan *Out-Of-Pocket* (OOP) melalui optimalisasi peran AKT.

Bentuk koordinasi antara BPJS Kesehatan dengan AKT yang tertuang dalam dokumen koordinasi paling sedikit meliputi:

**a. Koordinasi pengumpulan iuran satu pintu**

Proses koordinasi iuran KAPJ didahului dengan memastikan status keaktifan peserta Program JKN dengan cara AKT mengkoordinasikan data peserta JKN kepada BPJS Kesehatan yang merupakan calon peserta dalam produk AKT melalui KAPJ. Selanjutnya pembayaran iuran peserta dilakukan melalui mekanisme satu pintu antara BPJS Kesehatan dan AKT. Melalui proses ini, premi BPJS dan AKT yang dibayarkan secara bersamaan melalui *virtual account* BPJS Kesehatan sebagai penjamin utama dengan bank yang bekerja sama. premi yang dibayarkan peserta, secara sistem akan disalurkan ke masing-masing badan penyelenggara sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan yang berlaku dan polis AKT peserta. Melalui skema pembayaran iuran satu pintu ini, AKT memiliki ruang untuk memformulasikan produknya sesuai dengan mekanisme *underwriting* masing-masing AKT.

**b. Koordinasi sistem tagihan satu pintu**

Sistem penagihan satu pintu (*one billing system*) dilakukan secara terintegrasi melalui sistem SATUSEHAT. Sistem SATUSEHAT ini menjadi sentralisasi antara sistem SIM RS dari rumah sakit, sistem penagihan eClaim dari Kemenkes, sistem vClaim dari BPJS, dan sistem penagihan dari AKT. Selain memfasilitasi proses penagihan, sistem ini juga dapat menjadi media komunikasi antara rumah sakit dan penyelenggara jaminan. Sistem yang terintegrasi ini diharapkan dapat mempermudah proses pemantauan, meningkatkan transparansi, serta mengoptimalkan efisiensi proses penagihan dalam skema KAPJ. Rumah sakit, Bpjs kesehatan dan AKT masih bisa menggunakan sistem eksisting sambil menunggu kesiapan sistem SATU SEHAT.

**c. Koordinasi selisih biaya pelayanan yang ditanggung oleh badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT)**

Koordinasi pembayaran layanan mencakup ketentuan tarif selisih biaya yang harus ditanggung oleh BPJS dan AKT. Dalam skema selisih biaya melalui KAPJ, selisih biaya yang dikoordinasikan mencakup biaya layanan rawat inap bagi peserta naik kelas dari kelas 1 ke kelas perawatan di atas kelas 1. Tarif selisih biaya dalam skema KAPJ yang diatur melalui KMK No. HK.01.07/MENKES/1366/2024 sebagai berikut:

- Biaya pelayanan yang diklaimkan oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjut adalah total tagihan fasilitas kesehatan tingkat lanjut sesuai dengan besaran tarif yang tertuang dalam perjanjian kerja sama dengan badan penyelenggara.
- Biaya pelayanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan sebesar 75% dari tarif total INACBG termasuk top up terhadap layanan-layanan tertentu sesuai dengan hak rawat peserta kelas 1 yang diklaimkan fasilitas kesehatan tingkat lanjut.
- Selisih biaya pelayanan yang ditanggung oleh asuransi kesehatan tambahan dihitung dari selisih tarif fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dengan biaya yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf b, paling banyak sebesar 125% dari tarif total INACBG termasuk top up terhadap layanan-layanan tertentu sesuai dengan hak rawat peserta kelas 1.
- Dalam hal klaim pelayanan yang ditagihkan FKTL termasuk pada tarif Non INACBG maka FKTL melakukan penagihan biaya kepada BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.
- Dalam pelaksanaan KAPJ oleh BPJS Kesehatan dan AKT, peserta tidak diperkenankan dikenakan iur biaya.

Dengan adanya KMK No. HK.01.07/MENKES/1366/2024 bukan berarti menghapus ketentuan di Permenkes 3 Tahun 2023 tapi merupakan opsi bagi peserta JKN yang ingin menggunakan BPJS Kesehatan dan Polis Asuransi Kesehatan Swasta yang dimilikinya. Saat ini implementasi KMK ini masih menunggu Asuransi Swasta untuk merancang produk yang inline dengan JKN. Ke depannya optimalisasi implementasi regulasi selisih biaya ini disertai dengan perbaikan grouper, tarif dan RS berbasis kompetensi.

Pada skema yang berlaku saat ini, penjaminan selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan yang dimiliki oleh peserta JKN dapat langsung dilakukan tanpa melalui penandatanganan kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Selisih biaya dibayarkan sesuai dengan kesepakatan antara asuransi kesehatan tambahan dengan FKRTL. Oleh karena itu, dipastikan seluruh asuransi kesehatan swasta yang menyediakan produk asuransi Kesehatan, dapat menjamin selisih biaya yang timbul karena kenaikan kelas oleh peserta JKN yang dirawat sesuai prosedur JKN dan dilayani di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan penjelasan tersebut, capaian target untuk indikator ini tercapai 100% melalui mekanisme skema yang berlaku saat ini.

### Program Prioritas Transformasi Pembiayaan Kesehatan

Ada enam indikator kinerja yang menjadi program prioritas Kementerian Kesehatan dalam transformasi pembiayaan kesehatan.

1. Jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dari target 96,8 juta jiwa, selama 2022 tercapai 96,67 Juta Jiwa → Biro Keuangan.
2. Jumlah penduduk Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) yang mendapat bantuan iuran JKN. Dari target 49,3 juta jiwa tercapai 57,79 juta jiwa. → Biro Keuangan.
3. Persentase penduduk berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan ditargetkan 100% dan terealisasi 192%.
4. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi pembiayaan kegiatan promotif preventif pada SPM, targetnya sebesar 75% tercapai 80%.
5. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan Kerja Sama Pemerintah dan Swasta(KPS) bidang kesehatan, targetnya 100%, tercapai 100%.
6. Persentase kebijakan teknis dalam penguatan berbagai skema pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien tercapai 100% dari target.

### Annual Review Tariff

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, pasal 73 ayat (1) dan ayat (2) menyebutkan bahwa standar tarif pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, dan ditinjau minimal setiap 2 (dua) tahun sekali dengan memperhitungkan kecukupan luran dan kesinambungan program yang dilakukan bersama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan. Perhitungan tarif INA-CBG telah dilakukan pada Tahun 2022 dan dituangkan dalam Permenkes No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam

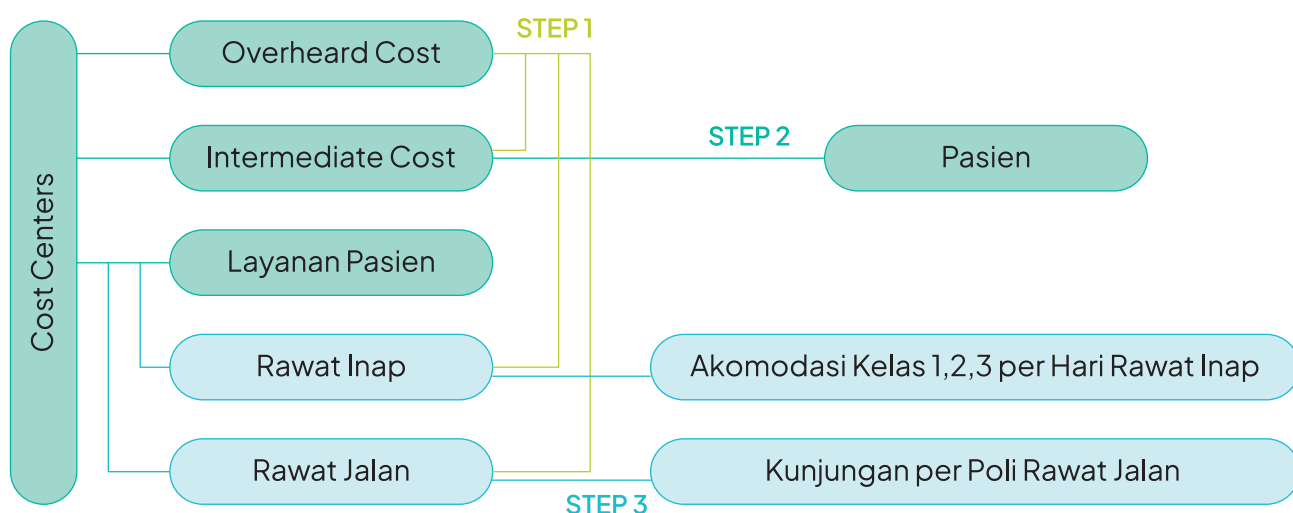
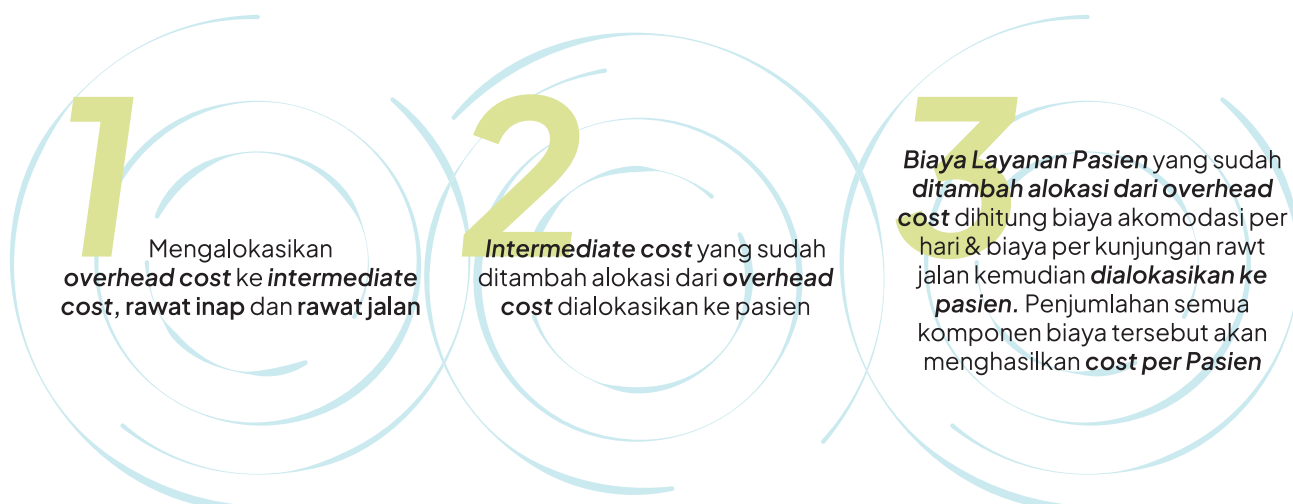
Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. *Annual Review* bertujuan untuk memberikan rekomendasi atas penyelenggaraan jaminan kesehatan terutama dalam hal tarif bagi Fasilitas Kesehatan.

Pada tahun 2024, Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK) telah melakukan analisis data *costing* sebagai data dasar dalam pembentukan tarif pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut. Analisis tersebut menggunakan pendekatan *patient level costing* dengan metode *step-down* dan alokasi langsung ke pasien (Gambar 1.15 Metodologi Costing 2024).



## Metodologi Costing 2024

Menggunakan metode *hybrid* (step down method dilanjutkan alokasi langsung ke pasien)



**Gambar 1.15**

Metodologi Costing

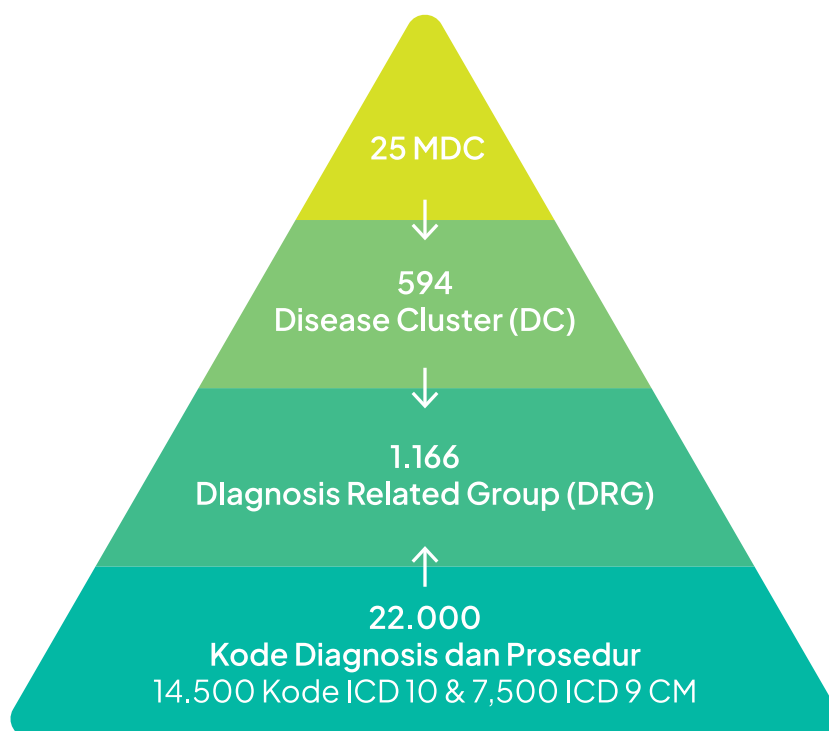
Analisis costing tersebut menghasilkan nilai cost weight, base rate, dan adjustment sebagai dasar pembentukan tarif DRG (INA-Grouper) dengan formula sebagai berikut:

$$\text{Tarif DRG} = \text{Cost Weight} \times \text{Base Rate} \times \text{Adjustment}$$

### INA-Grouper

Kementerian Kesehatan mulai mengembangkan grouper baru yang dinamakan Indonesian Grouper (INA-Grouper) pada tahun 2016. INA-Grouper merupakan software pengelompokan kasus yang dibangun berdasarkan masukan dari organisasi profesi, Rumah Sakit, Pakar DRG (Thailand, Australia, World Bank), Tim Tarif Kemenkes, dan BPJS Kesehatan untuk menghasilkan pengelompokan kasus yang sesuai dengan kondisi di Indonesia. Tujuan pengembangan INA-Grouper adalah untuk mengakomodir perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan, dan metode perawatan pasien serta meminimalisir potensi *fraud* di rumah sakit. Selain itu, pengembangan INA-Grouper juga sejalan dengan tujuan Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan untuk memastikan ketersediaan, kecukupan dan teralokasinya sumber daya yang berkelanjutan dengan adil, serta memastikan pemanfaatan yang efektif dan efisien.

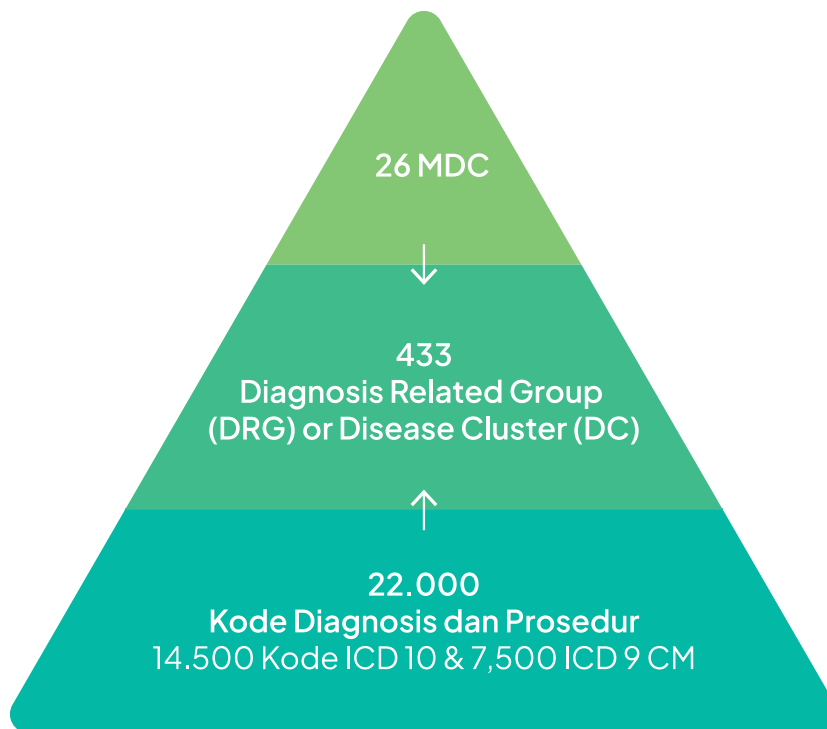
Pada tahun 2024, Kementerian Kesehatan melalui Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK), Badan Kebijakan Pembiayaan Kesehatan (BKPK), telah berhasil mengembangkan INA-Grouper Rawat Jalan, melakukan uji coba, serta melakukan pengambilan data Instalasi Gawat Darurat (IGD). Pusjak PDK juga telah melakukan diskusi intensif bersama BPJS Kesehatan untuk mereview INA-Grouper Rawat Jalan dan Rawat Inap. Dokumen pengembangan INA-Grouper juga telah mulai disusun sebagai manual yang dapat digunakan dalam implementasi INA-Grouper. Hasil Pengembangan INA-Grouper Rawat Inap & Rawat Jalan sementara per bulan Agustus 2024 (sebelum diskusi intensif dengan BPJS Kesehatan) adalah sebagai berikut: INA-Grouper Rawat Inap terdiri dari 1.166 DRG (Group) dan 594 *Disease Cluster* (DC) yang tersebar di 25 *Major Diagnostic Category* (MDC).



**Gambar 1.16**  
INA- Grouper Rawat Inap

Dalam pengembangan INA-Grouper Rawat Inap, terdapat 3 MDC baru yaitu MDC 00 Pre-MDC, MDC 31 *Multiple Significant Trauma* dan MDC 32 Burn.

INA-Grouper Rawat Jalan terdiri dari 433 DRG/DC (Group) yang tersebar di 26 Major Diagnosis Category (MDC).



**Gambar 1.17**  
INA- Grouper Rawat Inap

Dalam pengembangan INA-Grouper Rawat Jalan, terdapat 4 MDC baru yaitu MDC 31 Multiple Significant Trauma, MDC 32 Burn, MDC 35 Rehabilitation dan MDC 90 Diagnostic Procedure.

Hasil analisis secara statistik dengan Coefficient of Variation (CoV) menunjukkan bahwa INA-Grouper memiliki homogenitas yang lebih baik.

**Gambar 1.21**

Upaya Pemenuhan dan Pemerataan SDM Kesehatan di Seluruh Indonesia

## 5. Transformasi SDM Kesehatan

Dalam banyak kesempatan, Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menyatakan Indonesia masih kekurangan banyak dokter. Tidak hanya dokter umum, tapi juga spesialis, sub spesialis dan dokter gigi. Selain kurang, sebaran dokter di Indonesia juga kurang merata. Banyak dokter menumpuk di perkotaan, jarang di pelosok dan daerah terpencil.

Kondisi tersebut yang mendasari Menteri Kesehatan menegakkan pilar transformasi kelima bidang kesehatan, yakni Transformasi SDM Kesehatan. Tujuannya untuk mencapai pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan di seluruh Indonesia.

Pasalnya, organisasi Kesehatan Dunia WHO menetapkan rasio ideal antara dokter dan masyarakat adalah 1:1000 orang. Artinya satu dokter untuk melayani 1.000 penduduk di satu wilayah. Sementara, ketersediaan dokter di Indonesia saat ini hanya 101.476 dokter dan jumlah populasi sekitar 273.984.400 jiwa. Dari hitung-hitungan ini, Indonesia masih kekurangan dokter sekitar 172.508 dokter untuk memenuhi rasio ideal.

Untuk itu, perlu ada trek cepat penambahan jumlah dokter untuk memenuhi rasio tenaga

kesehatan. Penambahan dokter dilakukan dengan menambah jumlah fakultas kedokteran, memberikan bantuan pendidikan, adaptasi tenaga kesehatan di luar negeri serta meningkatkan produksi tenaga kesehatan.

Sementara persoalan pemerataan dilakukan dengan meluncurkan Academic Health System. Pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas diperlukan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. AHS merupakan sebuah model kebijakan yang mengakomodir potensi setiap institusi ke dalam satu rangkaian visi yang berbasis pada kebutuhan masyarakat. Konsep ini merupakan integrasi pendidikan kedokteran bergelar dengan program pendidikan profesional kesehatan lainnya yang memiliki rumah sakit pendidikan atau berafiliasi dengan RS Pendidikan, sistem kesehatan, dan organisasi pelayanan kesehatan. Melalui AHS diharapkan dapat menghitung jumlah dan jenis lulusan SDM kesehatan dan memenuhi kebutuhan wilayah; mendefinisikan profil dan value SDM kesehatan yang diperlukan di wilayah tersebut; serta menentukan pola distribusi SDM kesehatan yang berkelanjutan, mulai dari layanan primer hingga tersier.

Untuk meningkatkan kualitas SDM kesehatan, setiap rumah sakit dengan dokter yang berprestasi akan dipertemukan dengan dokter dari negara lain untuk menjalin kerja sama. Sementara dokter-dokter yang terbaik dari luar negeri akan didatangkan ke Indonesia untuk meningkatkan kapasitas dokter Indonesia. Untuk melakukan pemenuhan SDM kesehatan dengan jumlah cukup dan merata di seluruh Indonesia dilakukan melalui sejumlah langkah. Kementerian kesehatan menggelar Program Adaptasi dokter lulusan luar negeri, Program internship (simpidi), dan Nusantara Sehat. Selain itu juga Program Afirmasi Pendidikan Tenaga Kesehatan (Padinakes), Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS).

### Program Prioritas Transformasi SDM Kesehatan

Ada 7 (tujuh) indikator kinerja yang menjadi program prioritas Kementerian Kesehatan untuk Transformasi SDM Kesehatan. Program Prioritas itu ialah :

1. Persentase RSUD kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya. Target yang dipatok sebesar 90%, dan tercapai 72,90%.
2. Persentase puskesmas dengan dokter dengan target 100%, tercapai 96,62%.
3. Persentase puskesmas dengan 9 jenis tenaga kesehatan sesuai standar, target 83%, tercapai 60,16%.
4. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya untuk mendukung sistem ketahanan kesehatan. Target sebanyak 108.000 orang, tercapai 128.874 orang.
5. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya sesuai dengan 9 penyakit prioritas, ditargetkan sebanyak 360.000 orang, tercapai hingga 433.987 orang.
6. Penempatan penugasan khusus tenaga kesehatan secara tim. Dari target 1.200 tenaga kesehatan, tercapai 1.000.
  - a. Penempatan penugasan khusus tenaga kesehatan secara Tim (non Papua), dari target 1000 nakes, pencapaiannya sebanyak 800 nakes.
- b. Penempatan penugasan Khusus Tim di Papua (termasuk 6 Provinsi di Papua). Targetnya sebanyak 200 nakes, tercapai 200 nakes.
7. Penempatan penugasan khusus tenaga kesehatan secara tim. Dari target 1.200 tenaga kesehatan, tercapai 1.000.
  - a. Penempatan penugasan khusus tenaga kesehatan secara individu (non Papua), target 1.810 nakes, tercapai 1.995 nakes.
  - b. Penempatan penugasan khusus tenaga kesehatan secara Individu di Papua (termasuk 6 provinsi di Papua), target sebanyak 72 nakes tercapai 72 nakes.
  - c. Pemulangan penugasan khusus tenaga kesehatan secara individu (non Papua), target 2.190 nakes, tercapai 2.190 nakes
  - d. Pemulangan penugasan khusus tenaga kesehatan secara Individu di Papua (termasuk 6 provinsi di Papua), target sebanyak 72 nakes tercapai 72 nakes.



## Peningkatan Jumlah Nakes

### 1. Academic Health System (AHS)

Academic Health System (AHS) atau Sistem Kesehatan Akademik merupakan model kerja sama terintegrasi antara perguruan tinggi atau fakultas kedokteran, rumah sakit pendidikan, wahana pendidikan dan pemerintah daerah. Mereka melaksanakan program pendidikan, penelitian, pelayanan kesehatan dan pengabdian kepada masyarakat secara terpadu. Sistem Kesehatan Akademik penting dilakukan dalam jangka panjang dan diharapkan akan mempercepat capaian-capaian indikator pelayanan kesehatan di level nasional maupun daerah. Selain itu, juga memenuhi kebutuhan dan pemerataan tenaga dokter dan dokter spesialis.

Implementasi AHS membantu percepatan pemenuhan dan pemerataan dokter dan spesialis. Akselerasi pemenuhan dokter/dokter spesialis melalui AHS dilakukan dengan mengintegrasikan fakultas kedokteran RS Pendidikan dan pemerintah daerah. Kebijakan ini memiliki dasar hukum berdasarkan Surat Keputusan Bersama Mendikbud Ristek (No.02/KB/2022) dan Menkes (No.HK.01.08/MENKES/1269/2022). Menurut pendapat tenaga kesehatan, program AHS sudah menunjukkan kebermanfaatannya. Harapannya program AHS ini dapat dilengkapi dengan peraturan yang lebih implementif sesuai dengan berbagai aturan turunan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023.



**Gambar 1.22**

Academic Health System (AHS) atau Sistem Kesehatan Akademik

## 2. Kewilayahan AHS

Saat ini, program AHS dilaksanakan di 92 Fakultas Kedokteran. Mereka terbagi dalam 6 (enam) pengampu atau kewilayahan:

- a. Wilayah I dengan pengampu Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
- b. 2. Wilayah II oleh Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- c. 3. Wilayah III oleh Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran
- d. 4. Wilayah IV oleh Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
- e. 5. Wilayah V oleh Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
- f. 6. Wilayah VI oleh Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin



**Gambar 1.23**

*Academic Health System (AHS) pada Rumah Sakit Pendidikan*

### 3. Progres 4 Levers Fokus Utama AHS

#### a. Peningkatan Kuota Mahasiswa Dokter dan Dokter Spesialis

Kuota Penerimaan untuk Mahasiswa Dokter Umum, peningkatan kuota minimal 20% untuk FK Akreditasi A dan 10% untuk Akreditasi B. Sementara kuota mahasiswa spesialis, ditargetkan peningkatan rasio dosen: mahasiswa menjadi 1:5. Saat ini sudah 37 FK (16,2%) yang sudah meningkat kuota penerimaan mahasiswa kedokteran dan terdapat 8 FK (14,5%) untuk peningkatan kuota mahasiswa dokter spesialis.

#### b. Peningkatan Kuota Dosen Kedokteran

Sampai tahun 2022, Kementerian Kesehatan tengah memproses lebih dari 200 dosen Fakultas Kedokteran dengan Nomor Induk Dosen Khusus. Program lainnya yaitu penambahan dosen 1,5 kali lipat untuk dokter umum dan dua kali lipat untuk spesialis. Selain itu juga dilakukan peningkatan kapabilitas dosen dan sub spesialis. Pada tahun 2024, sebanyak 340 orang dosen telah mendapatkan peningkatan kapasitas sebagai calon dosen kedokteran di Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSPPU).

#### c. Peningkatan Jumlah RS Pendidikan

Infrastruktur kesehatan juga terus menunjukkan perkembangan baik. Hal itu terlihat dari jumlah rumah sakit yang naik status menjadi rumah sakit pendidikan. Sebanyak 222 rumah sakit telah menjadi RS Pendidikan dari total 420 rumah sakit yang ada. Kementerian Kesehatan juga melakukan penambahan RS Pendidikan melalui skema pengampunan. Langkah lain yaitu penambahan penetapan lebih dari 260 RS Pendidikan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Sampai dengan 2024, sudah ditetapkan sebanyak 291 RS Pendidikan dari total 449 RS yang ada di Indonesia.

#### d. Peningkatan Jumlah Prodi FK (Rekomendasi Fakultas Kedokteran dan Program Studi Spesialis)

Pemerataan juga dilakukan tidak hanya dari sisi tenaga kesehatan. Kementerian Kesehatan juga mengupayakan dalam bentuk penambahan fakultas kedokteran. Langkah yang dilakukan yakni memberikan rekomendasi bagi empat universitas di 4 provinsi yang belum memiliki Fakultas Kedokteran, yakni Kalimantan Utara, Bangka Belitung, Sulawesi Barat, dan Kepulauan Riau. Selain itu telah diberikan 69 rekomendasi pembukaan Fakultas Kedokteran di Provinsi sehingga total rekomendasi yang diberikan untuk pembukaan fakultas kedokteran sampai tahun 2024 sebanyak 73 rekomendasi. Untuk prodi spesialis telah diberikan juga rekomendasi sebanyak 16 universitas lainnya melalui kerangka pengampunan AHS di wilayah masing-masing. Kementerian Kesehatan mendorong Fakultas Kedokteran yang sudah terakreditasi A atau Unggul untuk membuka prodi dokter spesialis dan subspesialis baru.

### 4. Transformasi Politeknik Kesehatan

Politeknik Kesehatan di lingkungan Kementerian Kesehatan adalah unit pelaksana teknik dalam bentuk perguruan tinggi. Mereka melaksanakan tugas menjalankan pendidikan tinggi vokasi dan profesi di bidang kesehatan. Sampai tahun 2024, Kementerian Kesehatan telah membuka 38 politeknik Kesehatan yang tersebar di 33 provinsi. Keseluruhan politeknik telah membuka 507 program studi. Dari sisi kualitas, predikat akreditasi unggul diraih 169 program studi atau 33%, predikat Baik untuk 309 program studi atau 61%, predikat Terakreditasi sebanyak 24 Prodi atau 5% dan predikat Belum Terakreditasi pada 5 Prodi Baru atau 1%. Perkembangan baik lainnya pada tahun 2023, sebanyak 14 (empat belas) Politeknik Kesehatan berubah status menjadi Badan Layanan Umum (BLU). Di antaranya Poltekkes Jambi, Palembang, Banjarmasin, Palangkaraya, Aceh, Banten, Palu, Maluku, Mataram, Padang, Riau, Gorontalo, Kendari dan Sorong. Pada tahun 2024 terdapat 2 (dua) Poltekkes Kemenkes yang menjadi BLU yaitu Jayapura dan Jakarta I. Dengan demikian, total Poltekkes Kemenkes yang sudah BLU sebanyak 34 Poltekkes.





**Gambar 1.24**  
FK dan Prodi Dokter Spesialis

Di sisi lain, sejak tahun 2022 untuk memberikan tantangan pada Poltekkes Kemenkes agar dapat lebih bersaing, dilakukan proses rekrutmen dan pemilihan Direktur dilakukan secara terbuka. Dalam dua periode, upaya itu sudah berhasil memilih 17 Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan. Sementara dari segi lulusan, berdasarkan data 3 tahun terakhir, Poltekkes Kemenkes telah mendidik sejumlah 302.162 tenaga kesehatan atau rata-rata 100.721 orang per tahun. Dari jumlah itu, Poltekkes sudah meluluskan sebanyak 93.189 orang atau rata-rata per tahun mencapai 31.063 orang. Sesuai dengan standar ketenagaan yang dibutuhkan di puskesmas, pada tahun 2024 sebanyak 2.966 orang lulusan Poltekkes Kemenkes telah memenuhi kebutuhan 7 (tujuh) jenis tenaga Kesehatan, yaitu perawat, bidan, gizi, sanitasi lingkungan, farmasi, teknisi laboratorium medik, dan tenaga promosi kesehatan.

#### 5. Tenaga pendidik

Dalam rangka mendukung Transformasi Kesehatan, Poltekkes juga turut mendukung dan memberikan perannya terutama dalam pelaksanaan Tridharma Pendidikan tinggi bidang kesehatan. Hasil penelitian dan pengabdian masyarakat Tenaga Pendidik dan kependidikan Poltekkes Kemenkes dari 1.863 proposal penelitian yang dihasilkan sejak tahun 2022 sebanyak 1.196 (64%) proposal telah merujuk kepada tema transformasi kesehatan, sedangkan untuk pelaksanaan pengabdian kepada masyarakat sebanyak 1.196 pengabdian masyarakat telah sesuai dengan Transformasi Kesehatan.

## 6. Beasiswa LPDP–Kementerian Kesehatan

Kolaborasi Kementerian Kesehatan dan Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP) dilakukan dalam percepatan pemenuhan dokter spesialis. Tujuannya untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan. Kerja sama itu dilaksanakan melalui rekrutmen bersama peserta beasiswa dokter spesialis-sub spesialis. Keduanya juga memfasilitasi *fellowship* di dalam dan luar negeri sesuai kebutuhan pelayanan prioritas Kementerian Kesehatan.

Sampai saat ini setiap tahunnya lebih dari 1.000 beasiswa diberikan untuk dokter spesialis, sub spesialis dan *fellowship*. Program *fellowship* sudah dimulai pada tahun 2021 dan berlanjut hingga tahun 2024. Jika pada tahun 2021 berjumlah 600 beasiswa, naik menjadi 1.310 beasiswa pada tahun 2022, 2.025 beasiswa pada tahun 2023 dan 1.880 beasiswa pada tahun 2024.

Pada 2024 telah terealisasi 275 orang dokter spesialis mendapat Beasiswa Fellowship dari target 275 orang. Adapun Program Beasiswa Fellowship Dokter Spesialis tahun 2023 dan 2024 akan berfokus pada penyakit yang menyebabkan kematian terbanyak seperti pelayanan jantung, kanker, stroke, dan uro nefro, serta Kesehatan Ibu dan Anak.

## 7. Beasiswa SDM Kesehatan

Salah satu bentuk dukungan pelaksanaan transformasi SDM Kesehatan adalah penyelenggaraan Program Beasiswa Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK). Beasiswa SDM Kesehatan diberikan untuk semua jenjang pendidikan. Beasiswa digulirkan sejak tahun 2008 hingga tahun 2024 lalu. Total penerimanya mencapai 15.619 orang PNS dan 300 orang pasca Penugasan Khusus Nusantara Sehat.

Sementara di tahun 2024, jumlah penerima beasiswa SDM Kesehatan sebanyak 1.676 orang. Dari jumlah itu, sebanyak 80%-nya berasal dari daerah prioritas. Selain SDM Kesehatan daerah, beasiswa juga diberikan bagi SDM Kementerian Kesehatan. Pada tahun

2023 sebanyak 1.530 orang, sedangkan untuk tahun 2024 sebanyak 1068 orang.

Jumlah peserta aktif hingga Juni 2023 sebanyak 2.238 orang. Pada tahun 2022 juga diberikan beasiswa SDM kesehatan untuk 215 kabupaten dan kota dari total 305 kabupaten dan kota prioritas.

## 8. Beasiswa Padinakes

Mulai tahun 2021, Kementerian Kesehatan memberikan bantuan beasiswa Program Pendidikan Tenaga Kesehatan (Padinakes) untuk 1.314 calon tenaga kesehatan.

Pelaksanaan program Padinakes tersebar di 22 Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan di seluruh Indonesia, yaitu Poltekkes Aceh, Bengkulu, Jakarta III, Bandung, Tasikmalaya, Semarang, Yogyakarta, Surabaya, Malang, Denpasar, Mataram, Kupang, Pontianak, Kalimantan Timur, Manado, Palu, Mamuju, Makassar, Ternate, Maluku, Sorong, dan Jayapura.

Jenjang pendidikan yang dilaksanakan yakni diploma tiga dan sarjana terapan. Mereka terdiri dari perawat sebanyak 20 orang, bidan 21 orang, tenaga gizi 289 orang, kesehatan lingkungan 243 orang, farmasi 174 orang dan ahli teknologi laboratorium medik sebanyak 374 orang. Tenaga kesehatan lainnya yakni promosi kesehatan 48 orang, kesehatan gigi 83 orang, fisioterapi 9 orang, rekam medik dan informatika kesehatan 34 orang, radiologi 15 orang, teknik elektromedik 2 orang dan teknologi bank darah 2 orang.





**Gambar 1.25**

Beasiswa Fellowship Dokter Spesialis Dalam dan Luar Negeri oleh Menteri Keuangan

**9. Beasiswa Spesialis-Subspesialis, Dokter Gigi Spesialis, dan Dokter Layanan Primer**

Pemberian beasiswa untuk program ini telah dilaksanakan sejak tahun 2008. Penerima bantuan pendidikan dokter spesialis-sub spesialis Kemenkes sampai dengan tahun 2024 sebanyak 11.660 orang, yang terdiri dari 11.501 dokter spesialis dan 159 dokter sub spesialis. Pelaksanaan program bantuan pendidikan Kemenkes dalam berbagai jenis spesialistik bekerja sama dengan 19 Fakultas Kedokteran dan 5 Fakultas Kedokteran Gigi. Dari 11.660 orang dokter spesialis-sub spesialis tersebut, 7.540 orang telah lulus dan melaksanakan pengabdian di daerah pengusul.

Selain pemberian beasiswa spesialis/sub spesialis di RS pemerintah, Kemenkes di tahun 2022 juga memberikan Beasiswa Program Dokter Layanan Primer (DLP), yaitu Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (Sp. KKLP). Saat ini Sp. KKLP yang bekerja di

Puskesmas sebanyak 192 orang dari 538 orang yang tersebar di 19 provinsi.

**10. Beasiswa Dokter atau Dokter Gigi**

Sejak tahun 2022 hingga saat ini sebanyak 2.273 orang yang telah diberikan beasiswa, jika dilihat dari daerah yang telah diberikan beasiswa, dari 292 kabupaten dan kota prioritas, Kementerian Kesehatan telah memberikan Bantuan Biaya Pendidikan Dokter dan Dokter Gigi di 207 kabupaten dan kota atau 70,89%. Pada tahun 2024 diberikan pada 210 kabupaten/kota prioritas dan telah meluluskan 77 orang.

## Pemerataan Tenaga Kesehatan

Misi besar Kementerian Kesehatan yakni melakukan pemerataan tenaga kesehatan hingga ke pelosok negeri. Untuk itu, jumlah tenaga kesehatan esensial di puskesmas dan rumah sakit umum daerah harus terpenuhi. Tujuannya adalah menghadirkan pelayanan kesehatan yang mumpuni semakin dekat dengan masyarakat.

Kerja keras Kementerian Kesehatan untuk pemerataan tenaga kesehatan ini membuahkan hasil. Pada 2024 tercatat ada 345 puskesmas tanpa dokter sedangkan yang telah memiliki dokter 9.850

puskesmas dari total puskesmas 10.195 puskesmas. Sementara puskesmas dengan 9 tenaga kesehatan hadir di 6.133 puskesmas pada tahun 2024. Angka ini meningkat dari tahun sebelumnya tahun 2023 sebanyak 4.569 puskesmas.

Kondisi serupa juga terjadi pada RSUD Kab/Kota yang memiliki 4 Dokter Spesialis Dasar dan 3 Dokter Spesialis lainnya dari 534 RSUD pada 2023, mengalami peningkatan menjadi 546 RSUD pada 2024.

### 1. Komitmen Pemenuhan Tenaga Kesehatan

Kementerian Kesehatan berkomitmen melakukan pendayagunaan tenaga kesehatan, baik lulusan dalam negeri maupun luar negeri. Upaya itu dilakukan dengan perbaikan tata kelola dan kemudahan regulasi yang cepat, transparan serta tepat sasaran.

### 2. Penugasan Khusus

Kementerian Kesehatan juga menggelar penugasan khusus bagi tenaga kesehatan dan tenaga medis di puskesmas. Di antaranya penugasan khusus dalam kurun waktu tertentu di fasilitas pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan, serta daerah bermasalah kesehatan.

Tujuan penugasan khusus adalah untuk peningkatan akses pelayanan kesehatan. Dalam program ini telah ditempatkan 2.330 orang pada tahun 2024. Mereka terdiri dari 1.995 orang penempatan individu, 235 penempatan tim dan 100 orang penempatan di wilayah Papua (28 orang penempatan tim Papua, 72 penempatan individu Papua).

### 3. Pendayagunaan Dokter Spesialis

Program ini merupakan pendayagunaan lulusan pendidikan dokter spesialis penerima bantuan biaya pendidikan tidak langsung maupun penerima bantuan biaya pendidikan langsung. Mereka didayagunakan di rumah sakit pemerintah. Pada tahun 2024, untuk program ini sudah ditempatkan 701 dokter spesialis.



**Gambar 1.26**

Penugasan Khusus bagi Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis di Puskesmas

#### 4. Internsip Dokter dan Dokter Gigi

Program internsip dokter dan dokter gigi merupakan amanah UU Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran. Dalam Pasal 7 Ayat 7 menyatakan bahwa program profesi dokter dan profesi dokter gigi dilanjutkan dengan program internsip. Pelaksanaan program ini pada tahun 2024 menempatkan 11.292 dokter internsip di rumah sakit dan Puskesmas, serta 3.174 dokter gigi di rumah sakit dan puskesmas.

#### 5. Adaptasi Dokter Spesialis WNI LLN

Upaya lain untuk pemenuhan dokter spesialis di RS adalah melalui pendayagunaan dokter spesialis WNI lulusan luar negeri. Kemenkes telah melakukan transformasi untuk kemudahan proses adaptasi mereka melalui Peraturan Konsil 97/2021 dan Peraturan Menteri Kesehatan 14/2022. Kebijakan ini pada tahun 2024 menugaskan 13 dokter spesialis.

#### 6. Rekrutmen Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK)

Terdapat 166.595 formasi PPPK tahun 2024, yang terdiri dari formasi kebutuhan prioritas di Puskesmas dan Rumah Sakit sebanyak 20.554 dan formasi kebutuhan berdasarkan analisis beban kerja (di Puskesmas, Rumah Sakit, serta Faskes lainnya) sebanyak 146.041. Dari hasil seleksi, terdapat 126.006 formasi yang dinyatakan lulus, terdiri dari 11.992 formasi kebutuhan prioritas di Puskesmas dan Rumah Sakit dan 114.014 formasi kebutuhan berdasarkan analisis beban kerja (di Puskesmas, Rumah Sakit, serta Faskes lainnya).

### Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan

#### 1. Menjaga Asa Pelayanan Kesehatan Berkualitas

Beragam program dikawal Kementerian Kesehatan untuk menghadirkan layanan kesehatan berkualitas. Satu di antaranya meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan. Sampai akhir tahun 2024, Kementerian Kesehatan telah meningkatkan kompetensi sebanyak 433.987 tenaga kesehatan dalam penanganan 9 penyakit prioritas. Angka tersebut mencapai 120,55% dari target yang telah ditetapkan sebelumnya sebanyak 360.000 tenaga kesehatan.

Dari 433.987 tenaga kesehatan itu, sebanyak 317.054 76% adalah tenaga kesehatan dengan kemampuan non kanker, jantung, stroke, Uronefrologi (KJSU) dan 116.933 orang atau 26% memiliki kemampuan KJSU. Kementerian kesehatan juga mencatat adanya peningkatan kompetensi tenaga kesehatan. Jumlahnya pada 2023 sebanyak 44.391 menjadi 433.987 orang pada 2024 atau meningkat 977%.

#### 2. Plataran Sehat

Program internsip dokter dan dokter gigi merupakan amanah UU Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran. Dalam Pasal 7 Ayat 7 menyatakan bahwa program profesi dokter dan profesi dokter gigi dilanjutkan dengan program internsip. Pelaksanaan program ini pada tahun 2024 menempatkan 11.292 dokter internsip di rumah sakit dan Puskesmas, serta 3.174 dokter gigi di rumah sakit dan puskesmas.

#### 3. Tenaga Kesehatan Indonesia untuk Dunia

Kemampuan tenaga kesehatan dari Indonesia sudah dikenal dan diakui dunia. Karena itu, pada tahun 2022, sebanyak 429 tenaga kesehatan Indonesia sudah bekerja di luar negeri. Kerja sama untuk upaya yang sama sedang dipersiapkan dengan WHI, Uni Eropa, Australia, Jerman, dan Inggris. Dari tahun ke tahun, jumlah tenaga kesehatan yang bekerja di luar negeri juga bertambah. Ke Jepang, misalnya, pada 2021 lalu diberangkatkan 265 orang dan bertambah menjadi 287 pada 2022. Sementara ke Belanda dari 64 orang pada 2021 menjadi 133 orang pada 2022. Keberangkatan lain juga ke Arab Saudi dengan jumlah 9 orang pada 2022.

#### 4. Satu Data SDM Kesehatan Indonesia

Interoperabilitas atau kemampuan dua atau lebih sistem untuk bertukar dan menggunakan informasi dalam Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SI-SDMK) sudah dilakukan Kementerian Kesehatan dengan Satu Sehat dan stakeholder lain. Kerja bersama itu sudah digulirkan dalam layanan Satu Sehat Indonesia. Selain itu, kolaborasi juga dilakukan bersama Kementerian dan Lembaga Negara, di antaranya dengan Kementerian



Pendayagunaan Aparatur Negara-Reformasi Birokrasi, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Badan Kepegawaian Negara; Konsil Kesehatan Indonesia.

Dengan pemerintah daerah, upaya yang sama digulirkan dalam program Smart City dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Sementara kolaborasi dalam Sistem Informasi Profesi sudah dilakukan dengan kerja bersama 15 organisasi profesi.

Pada sistem pembangunan kesehatan, transformasi teknologi kesehatan menjadi salah satu bagian penting. Perannya melakukan pemanfaatan teknologi informasi dan bio teknologi yang berada di sekitar kesehatan. Pemanfaatan ini akan membuat dunia kesehatan di Indonesia dapat lebih beradaptasi. Dengan memanfaatkan perkembangan teknologi digital, proses digitalisasi di sekitar kesehatan dapat menjadi lebih bertumbuh.

Sejumlah program digelar dan telah dilaksanakan dalam upaya melakukan transformasi teknologi kesehatan. Pemanfaatannya sudah dilakukan untuk program pelayanan, pengobatan, hingga pendampingan jemaah haji.

## 4. Transformasi Teknologi Kesehatan

### Program Prioritas Transformasi Teknologi Kesehatan

Pada sistem pembangunan kesehatan, transformasi teknologi kesehatan menjadi salah satu bagian penting. Perannya ialah melakukan pemanfaatan teknologi informasi dan bio teknologi yang berada di sekitar kesehatan. Pemanfaatan ini akan membuat dunia kesehatan di Indonesia dapat lebih beradaptasi. Dengan memanfaatkan perkembangan teknologi digital, proses digitalisasi di sekitar kesehatan dapat menjadi lebih bertumbuh.

Sejumlah program digelar dan telah dilaksanakan dalam upaya melakukan transformasi teknologi kesehatan. Pemanfaatannya sudah dilakukan untuk program pelayanan, pengobatan, hingga pendampingan jemaah haji. kompetensi tenaga kesehatan. Jumlahnya pada 2023 sebanyak 44.391 menjadi 433.987 orang pada 2024 atau meningkat 977%.

Ada 2 indikator kinerja yang menjadi program prioritas Kementerian Kesehatan dalam transformasi teknologi kesehatan di antaranya:

- a. Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia, tercapai 49.558 fasilitas kesehatan.
- b. Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan tercapai 30 sistem bioteknologi.

### Rekam Medik Elektronik SATUSEHAT

Kementerian Kesehatan berupaya mewujudkan mimpi mengintegrasikan data kesehatan dalam satu platform *Indonesia Health Services* (IHS) yang secara resmi bernama SATUSEHAT. Platform ini hadir sebagai salah satu upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan membiasakan perilaku hidup sehat. Selain itu juga menyediakan layanan kesehatan bermutu melalui pemanfaatan data dan teknologi dalam rangka menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan.

SATUSEHAT merupakan *platform* integrasi data kesehatan individu antar fasilitas layanan kesehatan untuk standardisasi dan interoperabilitas data menuju penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) di seluruh fasyankes pada tahun 2023. Kebijakan itu telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Platform SATUSEHAT menjadi penghubung sistem dan seluruh ekosistem pelaku dalam industri kesehatan. Di antaranya ialah rumah sakit, puskesmas, *start-up*, apotek, dinas kesehatan, industri kesehatan, laboratorium, dan lainnya. Fasilitas ini menyediakan spesifikasi dan mekanisme terstandar untuk proses bisnis, data, teknis, dan keamanan.





**Gambar 1.27**

Penggunaan Satu Platform Indonesia *Health Services* (IHS) SATUSEHAT

Dengan SATUSEHAT, pertukaran data kesehatan diharapkan lebih efisien dan efektif. Data dapat dimanfaatkan fasilitas layanan kesehatan yang telah terintegrasi dalam SATUSEHAT. Manfaatnya untuk mendapatkan referensi informasi kesehatan pasien saat berpindah fasyankes maupun keperluan tindakan kedaruratan medis. Hal tersebut diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih optimal, sehingga membantu pemerintah mengambil kebijakan kesehatan. Selain itu, tenaga kesehatan juga dapat mengambil keputusan klinis berbasis data yang diperoleh secara *near real-time*.

Dari sisi masyarakat, mereka juga tidak perlu lagi membawa rekam medis fisik jika harus berpindah fasilitas layanan kesehatan. Pasalnya, rekam medis pasien akan terekam secara digital di platform SATUSEHAT. Apalagi, platform ini juga sudah

terintegrasi dengan SATUSEHAT App dan bisa diakses melalui telepon seluler atas persetujuan pengguna.

Aspek keamanan sistem dan perlindungan data pribadi menjadi prioritas dalam penerapan SATUSEHAT. Untuk itu, Kementerian Kesehatan bekerja sama dan berkoordinasi intensif dengan Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Berdasarkan hasil asesmen, platform SATUSEHAT masuk dalam kategori Sistem Elektronik STRATEGIS. Keberadaannya memiliki dampak serius terhadap kepentingan umum, pelayanan publik, kelancaran penyelenggaraan negara, atau pertahanan, dan keamanan negara. Kementerian Kesehatan menargetkan penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) sudah dilakukan di seluruh fasilitas layanan kesehatan pada tahun 2023.

## Platform Integrasi dan Standardisasi SATUSEHAT

Big data kesehatan ini adalah upaya untuk mewujudkan pelayanan kesehatan terintegrasi. Pemanfaatannya oleh Citizen Health App (CHA) atau pengguna layanan kesehatan, yakni masyarakat. Selain itu juga bagi Partner Systems atau penyedia layanan kesehatan, baik fasilitas layanan kesehatan, startup, asuransi, dan pihak lain. Kementerian Kesehatan mendorong penerapan SATUSEHAT dilaksanakan di 10 ribu lebih puskesmas, 11 ribu lebih klinik kesehatan, 3.000-an rumah sakit, 5.000 lebih lokasi praktik perorangan, 1.400 laboratorium, dan 30 ribu apotek.

Kementerian Kesehatan juga mendorong interoperabilitas data di seluruh ekosistem sektor kesehatan. Tujuannya agar dapat bermanfaat secara lebih luas dan menghasilkan outcome optimal. Dalam program ini juga disediakan spesifikasi dan mekanisme terstandar untuk proses bisnis, data, teknis, dan keamanan. Penerapannya dilakukan pada 41 Rumah Sakit dengan Alpha Testing dan 31 Health Companies dengan Beta Testing. Hingga saat ini, 9.422 fasilitas layanan kesehatan di Indonesia telah siap terintegrasi ke dalam SATUSEHAT termasuk di dalamnya rumah sakit, puskesmas, klinik, dan fasyankes lainnya.

## Kondisi Sebelum Platform SATUSEHAT

Platform SATUSEHAT bukan yang pertama dan satu-satunya. Sebelum platform ini diluncurkan Kementerian Kesehatan untuk mengintegrasikan platform yang sudah ada, terdapat lebih dari 400 aplikasi kesehatan milik pemerintah. Seluruhnya belum terintegrasi. Selain itu, ditemukan adanya perbedaan data pada sejumlah aplikasi untuk data yang sama. Sebelum platform SATUSEHAT juga belum ada standar format interoperabilitas untuk mengintegrasikan data. Ada ketidakseragaman metadata yang menyebabkan interoperabilitas sulit dilakukan. Kondisi yang lain ialah belum ada referensi data untuk pencatatan data kesehatan individu.

## Setelah Platform SATUSEHAT

Kondisi berbeda bisa ditemukan setelah platform SATUSEHAT digulirkan. Di antaranya disimplifikasi ke dalam 8 klaster utama berbasis Rekam medis Elektronik (RME) dari lebih 400 aplikasi yang ada.

Dengan platform ini tenaga kesehatan hanya perlu menginput data sekali pada satu sistem utama fasilitas layanan kesehatan. SATUSEHAT juga berhasil melakukan standardisasi format interoperabilitas untuk mengintegrasikan data. Platform ini telah menyeragamkan metadata untuk mendukung interoperabilitas data. Tidak kalah pentingnya, dengan SATUSEHAT terdapat referensi data untuk pencatatan data kesehatan individu.

## Standardisasi Integrasi Data Kesehatan Individu Melalui SATUSEHAT

Tidak adanya standardisasi dan integrasi data menyulitkan interoperabilitas dan integrasi data kesehatan dalam pelaksanaan prinsip perawatan kesehatan yang berkesinambungan (*continuum of care*) dan proses rujukan berjenjang. Kondisi itu juga menyulitkan fasilitas layanan kesehatan untuk melakukan analisis data secara cepat dan akurat. Kesulitan juga menghadang dalam proses memprediksi penyakit dan luaran dari hasil perawatan pasien yang diberikan. Oleh karena itu, standardisasi diperlukan untuk menyeragamkan jenis data kesehatan dan bentuk penyajian tampilan data.

## Manfaat Standarisasi Integrasi Data

Ada sejumlah keuntungan setelah menerapkan standardisasi integrasi data. Di antaranya menurunkan risiko duplikasi data serta mengurangi beban kerja administratif petugas kesehatan di fasilitas layanan kesehatan. Manfaat lain memudahkan pertukaran data antar sistem fasyankes dengan *platform* SATUSEHAT. Selain itu juga mendorong penyusunan kebijakan berbasis data (*evidence based policy*) yang bersumber dari berbagai sistem informasi dan aplikasi terintegrasi yang dapat dimanfaatkan.

### Standardisasi Referensi Data pada Platform SATUSEHAT

Ada sejumlah keuntungan setelah menerapkan standardisasi integrasi data. Di antaranya menurunkan risiko duplikasi data serta mengurangi beban kerja administratif petugas kesehatan di fasilitas layanan kesehatan. Manfaat lain memudahkan pertukaran data antar sistem fasyankes dengan platform SATUSEHAT. Selain itu juga mendorong penyusunan kebijakan berbasis data (*evidence based policy*) yang bersumber dari berbagai sistem informasi dan aplikasi terintegrasi yang dapat dimanfaatkan.

### Data Pasien (*Master Patient Index*)

Standar data demografi pasien di dalam platform ini akan tervalidasi oleh data kependudukan dan pencatatan sipil milik Kemendagri. Saat ini sebanyak 238,9 juta data pasien telah tervalidasi.

### Data Fasyankes (*Master Sarana Index*)

Standar data 35 fasilitas Layanan kesehatan di Indonesia yang disusun dari berbagai sumber, seperti Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK), Sistem Informasi Manajemen Data Kefarmasian (SIMADA), RS Online, dan lain sebagainya. Sebanyak 32 ribu data fasyankes telah teridentifikasi yang mencakup puskesmas, rumah sakit, klinik, dan praktik mandiri.

### Data Obat dan Alat-alat Kesehatan

Standar referensi data alat kesehatan dan obat yang dikumpulkan dari berbagai sumber seperti Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) dan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/ Jasa Pemerintah (LKPP). Saat ini ada 12.586 atau 89% data obat dan vaksin serta 13.467 atau 20,4% dari total data alat kesehatan yang telah terstandardisasi dalam Kamus Farmasi dan Alat-alat Kesehatan (KFA).

### Data Tenaga Kesehatan (*Master Nakes Index*)

Standar referensi data alat kesehatan dan obat yang dikumpulkan dari berbagai sumber seperti Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) dan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/ Jasa Pemerintah (LKPP). Saat ini ada 12.586 atau 89% data obat dan vaksin serta 13.467 atau 20,4% dari total data alat kesehatan yang telah terstandardisasi dalam Kamus Farmasi dan Alat-alat Kesehatan (KFA).

### Data Pembiayaan (2023)

Dengan SATUSEHAT tercipta standar penyusunan format biaya untuk pelayanan, tindakan, dan lainnya.

### Data Layanan (2023)

Standar pengkodean sarana dan layanan. Keluaran dari standardisasi data layanan adalah kamus istilah klinis, yang terdiri dari spesimen, anatomi anggota tubuh, alergi, tingkat kesadaran, hasil pemeriksaan fisik, dan lainnya. Selain itu juga menghasilkan kamus tindakan (ICD-9-CM), kamus penyakit (ICD-10), dan kamus layanan.

### Percepatan Integrasi dengan Uji Coba dan Pendampingan di Fasyankes

Salah satu tantangan terbesar dalam pelayanan kesehatan di Indonesia adalah terfragmentasinya data kesehatan di berbagai aplikasi. Tantangan lain yakni tidak seragamnya metadata pada sistem informasi di fasyankes.

Oleh karena itu, SATUSEHAT menjadi solusi untuk menghadirkan standar format interoperabilitas, sehingga data kesehatan pada sistem informasi fasyankes interoperable dan terintegrasi. Integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan dan sistem aplikasi pelayanan kesehatan menjadi kegiatan prioritas Transformasi Digital Kesehatan. Payung hukumnya yakni Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1559/2022 tentang Penerapan Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik Bidang Kesehatan dan Strategi Transformasi Digital Kesehatan. Aturan lainnya ialah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.

### Manfaat Adanya Integrasi Data Kesehatan:

1. Tenaga kesehatan tidak perlu menginput data berulang pada aplikasi berbeda
2. Riwayat pengobatan pasien dapat terpantau dengan detail dan runtut
3. Koordinasi rujukan berjenjang antar fasilitas layanan kesehatan lebih efektif
4. Pengambilan keputusan lebih cepat karena data diperoleh *near real time*
5. Meningkatkan kemampuan deteksi dini, pencegahan, dan respons penyakit

Kementerian Kesehatan melakukan percepatan uji coba untuk menilai kesiapan sistem fasyankes sekaligus melakukan pendampingan untuk dapat terintegrasi ke dalam platform SATUSEHAT. Proses integrasi data ke platform SATUSEHAT dilakukan melalui enam fase. Targetnya melengkapi data yang masuk dalam standar resume medis. Tahun 2022 uji coba integrasi SATUSEHAT dilakukan di 9 rumah sakit vertikal dan 32 rumah sakit umum daerah di DKI Jakarta.

Selain itu, ada 31 peserta beta, laboratorium, instalasi farmasi, serta fasyankes di dalam dan luar Pulau Jawa-Bali dalam uji coba tersebut. Pada tahun 2022, 11.864 fasyankes siap terintegrasi dengan platform SATUSEHAT. Kementerian Kesehatan juga menyusun 10 playbook, tujuh di antaranya sudah rilis publik dan tiga dalam penyusunan. Kementerian Kesehatan juga sudah menyusun satu petunjuk teknis terkait resume rekam medis rawat jalan tahap 2 dan dokumentasi *Application Programming Interface* (API) SATUSEHAT. Masih di tahun yang sama juga dibuka pendaftaran publik untuk mengintegrasikan sistem informasi kesehatan yang dimiliki ke dalam SATUSEHAT melalui penilaian dan pendampingan. Kementerian Kesehatan juga memberikan akses untuk informasi lebih lanjut di [satusehat.kemkes.go.id](https://satusehat.kemkes.go.id).

### Jumlah Fasyankes Siap Terintegrasi SATUSEHAT

Setelah melakukan kesiapan dan pematangan, selama 2022 sebanyak 3.549 fasilitas layanan

kesehatan di Jawa-Bali, serta 5.762 di luar Jawa dan Bali sudah siap terintegrasi ke dalam SATUSEHAT. Kesiapan juga ditunjukkan oleh 111 laboratorium dan 2.442 instalasi farmasi. Total sebanyak 11.864 fasyankes siap terintegrasi dengan platform SATUSEHAT.

### Biomedical and Genome Science Initiative (BGSi)

#### 1. Pengobatan Presisi Melalui BGSi

Diluncurkan pada 14 Agustus 2022, *Biomedical and Genome Science Initiative* (BGSi) merupakan program nasional pertama yang digagas Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin.

Program ini ditujukan untuk mendeteksi potensi penyakit di masa depan sekaligus menghadirkan pengobatan yang presisi (*precision medicine*) bagi masyarakat.

Keinginan itu diwujudkan melalui pemanfaatan teknologi pengumpulan informasi genetik (genom) dari manusia maupun patogen seperti virus dan bakteri, atau biasa disebut dengan metode *whole genome sequencing* (WGS). Pengembangan *whole genome sequencing* sejalan dengan transformasi bioteknologi dalam aktivitas *biosurveillance*, serta layanan kesehatan untuk peningkatan deteksi patogen dan memperbaiki pengobatan. Sebelumnya, metode yang sama telah dimanfaatkan dan berperan penting dalam penanggulangan COVID-19 di Indonesia. Berpusat di Gedung Eijkman Jakarta, sudah ada enam hubs pionir dengan melibatkan 9 rumah sakit vertikal yang tergabung dalam BGSi. Sembilan RS Vertikal ini yang akan mengembangkan penelitian tujuh penyakit prioritas melalui metode *whole genome sequencing*.



**Gambar 1.28**

Penggunaan Satu Platform Indonesia *Health Services (IHS) SATUSEHAT*

**2. Kesembilan rumah sakit vertikal tersebut antara lain:**

- a. RS Kanker Dharmais
- b. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- c. RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso
- d. RSUP Persahabatan
- e. RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono
- f. RSUP Dr. Sardjito
- g. RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah
- h. RSJPD Harapan Kita
- i. RSAB Harapan Kita

Sembilan penyakit yang ditangani terdiri dari kanker (payudara, paru-paru, kolorektal, dan serviks), penyakit infeksi (TBC), penyakit otak dan neurodegeneratif (stroke), penyakit metabolik (diabetes), Duchenne Muscular Dystrophy (DMD), Pulmonary Arterial Hypertension (PAH), penuaan, nutrisi, dan kesehatan (psoriasis), jantung serta Kesehatan ibu dan anak.

**3. Pengembangan Tiga Platform Data**

Hingga akhir 2024, Kementerian Kesehatan menargetkan 10.000 sampel *genome sequences* manusia terkumpul dan diteliti. Tindakan itu dilakukan guna pemetaan varian data *genome* dari populasi penduduk Indonesia

yang memiliki penyakit prioritas tersebut. Sampel *genome sequences* manusia yang terkumpul dan diteliti akan diproses dan disimpan dalam tiga platform data, yaitu Bioregistry, Sistem Informasi Manajemen Biobank (SimbioX 2.0), dan Bioinformatika. Ketiga platform data yang tengah dikembangkan Pusat Data dan Teknologi Informasi (*Digital Transformation Office*/DTO) tersebut nantinya akan digunakan dan terhubung pada sistem laboratorium yang berada di sembilan rumah sakit BGSi.

**4. Registry Indonesia (Bioregistry)**

Pusdatin-DTO telah mengembangkan platform bioregistry, sebuah sistem pengumpulan data yang terstandarisasi. Platform terkait data klinis, demografis, perilaku, dan lain sebagainya, dari biospesimen yang disimpan di Biobank. Bioregistry sebagai portal awal dari pasien dan kontrol sehat berfungsi menghubungkan informasi dari penelitian pada spesimen biologi yang disimpan di platform SimbioX 2.0 dengan informasi genom dan genetik pada platform Bioinformatika. Data yang dikurasi oleh sistem ini dapat diakses oleh peneliti yang ingin mengevaluasi hasil penyakit tertentu dari populasi yang dimiliki BGSi selama memenuhi persyaratan tertentu.

Bioregistry dibangun dalam protokol yang standar dan arsitektur interoperable dengan platform SATUSEHAT. Harapannya, bioregistry dapat menyediakan data yang terkurasi. dia



juga mengurangi redudansi data di berbagai sistem informasi yang terintegrasi SATUSEHAT pada berbagai fasilitas layanan kesehatan, instansi pemerintahan terkait, lembaga penelitian, dan lain sebagainya.

#### 5. Sistem Informasi Manajemen Biobank (SimbioX 2.0)

Setelah proses awal atau registrasi selesai, pengoleksian spesimen biologi dapat dilakukan dan kemudian disimpan pada platform Biobank. Bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan (FKKMK) Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Pusat Data dan Teknologi Informasi (Pusdatin)-DTO mengembangkan platform bernama SimbioX 2.0, yang merupakan platform biobank hasil inovasi FK-KMK UGM yang telah disesuaikan dengan proses bisnis biobank BGSi. SimbioX 2.0 digunakan sebagai sistem manajemen penyimpanan sampel spesimen biologi dan repositori data yang terstruktur dan terstandar. Spesimen biologi yang disimpan umumnya berisi tentang informasi jenis sampel, volume, dan lokasi penyimpanan. SimbioX 2.0 sekaligus menjadi platform pemantauan penyimpanan dan pengiriman sampel.

#### 6. Bioinformatika

Platform ketiga BGSi adalah bioinformatika. Setelah disimpan dan dilakukan preparasi sampel akan dilakukan proses *whole genome sequencing* untuk menghasilkan data genom dan genetik. Data dikelola dan dianalisis, baik sekunder dan tersier, melalui platform Bioinformatika. Penggunaannya akan membantu peneliti dalam mengolah dan menganalisis data sampel genom dan genetik yang bersifat kompleks melalui pendekatan komputasi. Dalam melakukan pengembangan teknologi kesehatan berbasis genomik di Indonesia, BGSi berperan sebagai *enabler* dan katalisator. Hal tersebut memungkinkan, karena baik data maupun sampel serta platform Bioinformatika yang dimiliki BGSi dapat digunakan oleh berbagai pihak yang memiliki kepentingan dalam mengembangkan teknologi kesehatan berbasis genomik. Di antaranya *start-up*, farmasi, atau perguruan tinggi, dengan melalui berbagai mekanisme dan tahapan tertentu.



**Gambar 1.29**  
Platform Ketiga BGSi Bioinformatika

## 7. Lab Jejaring Surveilans

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 2008 Tahun 2022, pelaksanaan Surveilans *Whole Genome Sequencing* dilakukan di jejaring laboratorium yang saat ini berjumlah 28 unit. Laboratorium tersebar di sejumlah provinsi, mulai dari barat hingga timur

Indonesia. Jejaring laboratorium tersebut rutin melakukan *Whole Genom Sequencing* (WGS). Mereka juga melaporkan varian baru COVID-19 secara nasional melalui New All Record (NAR) dan internasional melalui Global Initiatives on Sharing All Influenza Data (GISAID).

- a. Peran Kementerian Kesehatan dan Pelaksanaan Program Pengentasan Kemiskinan  
Kesehatan memengaruhi tingkat fungsional seseorang, baik dari segi fisiologis, psikologis dan dimensi sosiokultural. Bersama dengan pendidikan, kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Terjadinya pandemi COVID-19 sangat berdampak pada segala aspek kehidupan, baik ekonomi, sosial, dan yang utama adalah kesehatan, termasuk pada pola belanja kesehatan. belanja kesehatan meningkat tajam di tahun 2020–2021 yang difokuskan pada penanganan dan pengendalian COVID-19.

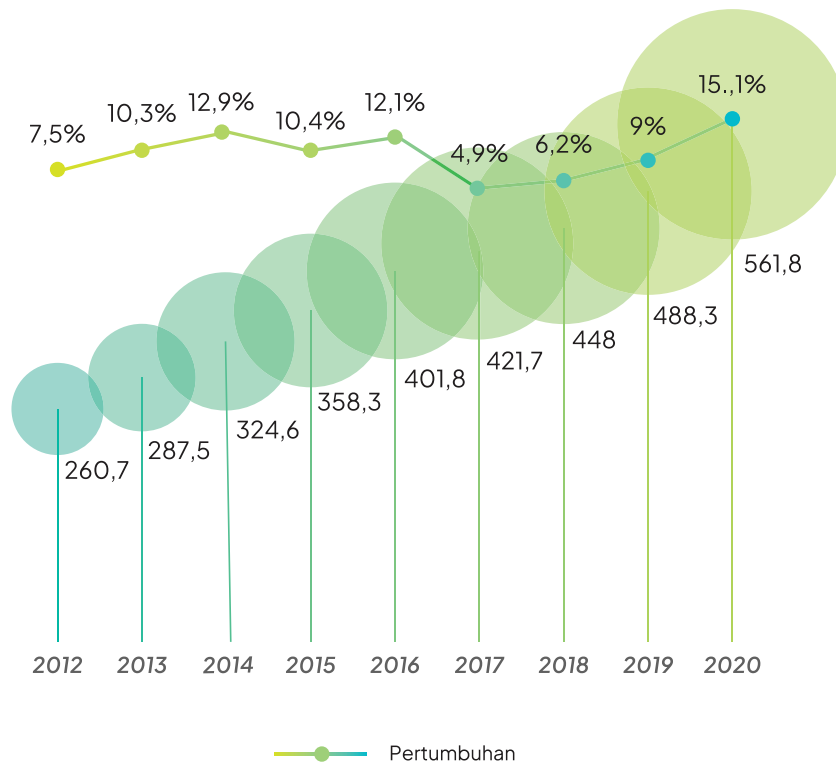
Total belanja kesehatan di Indonesia berdasarkan harga berlaku terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Hasil estimasi NHA tahun 2020 menunjukkan total belanja kesehatan sebesar Rp561,8 T. Angka ini meningkat sekitar Rp73,5T atau sebesar 15,1 persen dibandingkan tahun 2019. Berdasarkan harga konstan, total belanja kesehatan tahun 2020 tumbuh sebesar 15,6 persen dibandingkan tahun 2019.

Selanjutnya, besaran *Current Health Expenditure* (CHE) menurut harga berlaku di Indonesia tahun 2020 adalah sebesar

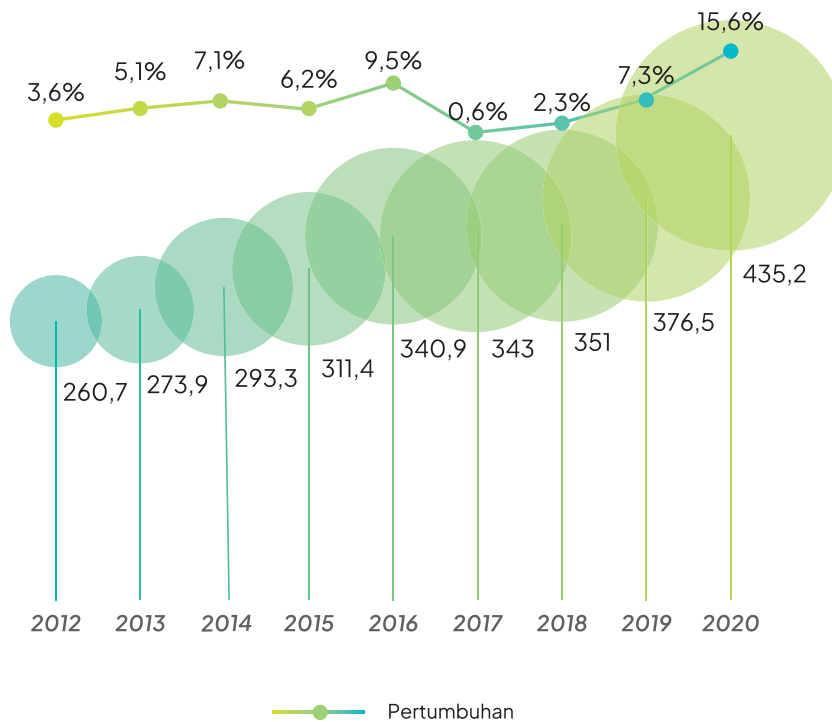
Rp527,2 T atau meningkat sebesar Rp71,4 T dibandingkan tahun 2019, dengan pertumbuhan sebesar 16,2 persen (atau meningkat sebesar 9,1 persen dibandingkan tahun 2019). Angka ini jauh melampaui rerata pertumbuhan total CHE di Indonesia sejak tahun 2012 sampai dengan 2020, yang sebesar 6,0 persen.

Total belanja kesehatan per kapita didefinisikan sebagai besaran konsumsi akhir barang dan jasa kesehatan per penduduk di suatu negara dalam kurun waktu satu tahun. Indikator ini dapat membantu untuk memahami total pengeluaran kesehatan terhadap populasi penerima manfaat. Pada Grafik 1.8 tampak bahwa berdasarkan harga berlaku, terlihat bahwa total belanja kesehatan per kapita Indonesia terus meningkat selama lima tahun terakhir dari Rp1,55 juta (US\$116,7) pada tahun 2016 menjadi Rp2,1 juta (US\$142,1) pada tahun 2020. Sementara berdasarkan harga konstan, belanja kesehatan per kapita Indonesia sempat mengalami penurunan sebesar 0,6 persen pada tahun 2017 dibandingkan tahun 2016 dan kembali tumbuh pada tahun-tahun selanjutnya hingga nilainya mencapai Rp1,61 juta (US\$110,1) per kapita pada tahun 2020. Rerata pertumbuhan belanja per kapita Indonesia selama lima tahun terakhir adalah sebesar 5,8 persen.

### Atas Dasar Harga Berlaku



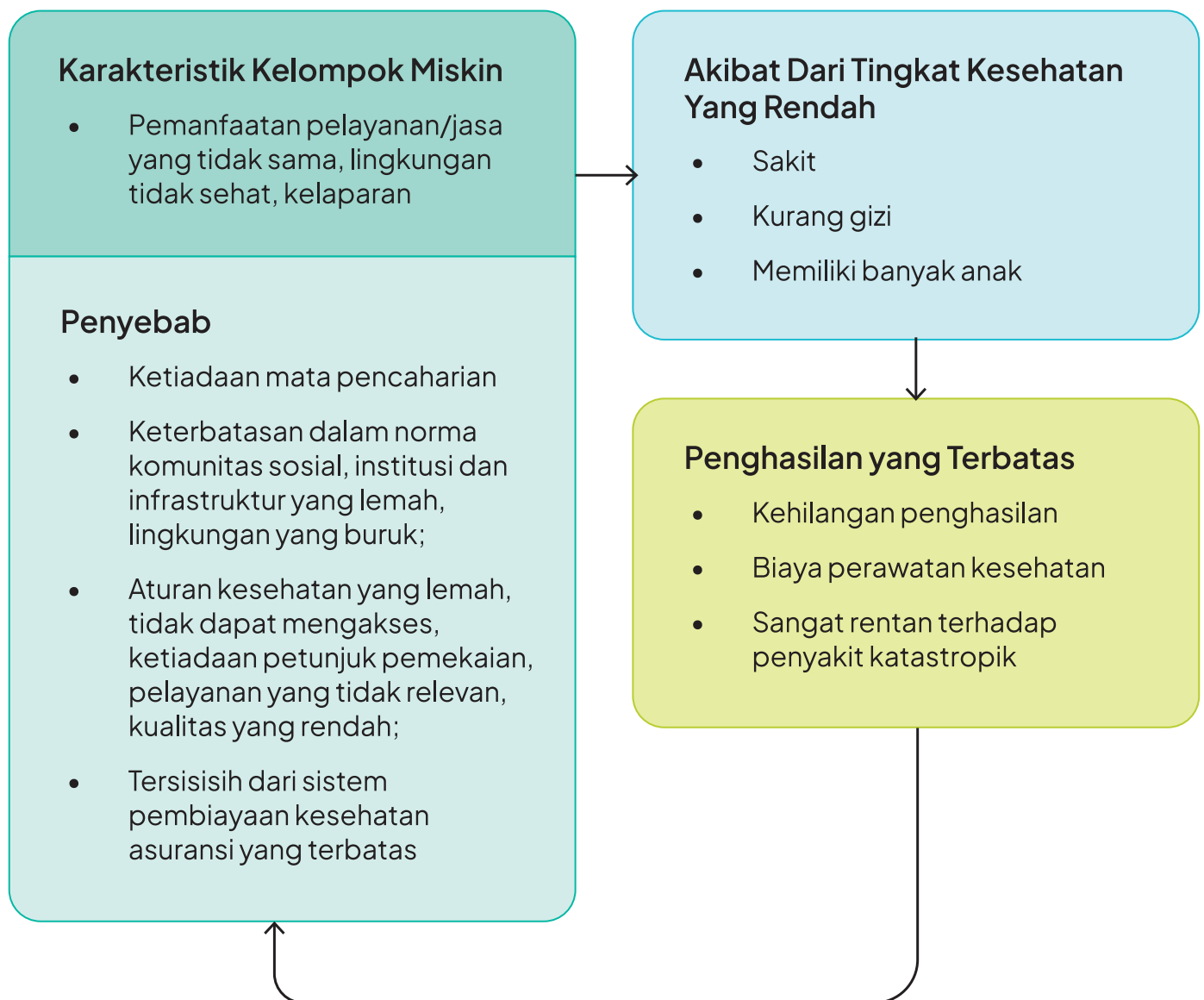
### Atas Dasar Harga Konstan\*



**Gambar 1.30**

Tren Total Belanja Kesehatan Indonesia atas Harga Dasar Berlaku dan Harga Konstan Tahun 2012–2020

Sumber: GDP delator dipublikasikan oleh WIB. \*Atas dasar harga konstan tahun 2012



**Gambar 1.31**  
Keterkaitan KEmiskinan dan Kesehatan

Sumber: GDP delator dipublikasikan oleh WIB. \*Atas dasar harga konstan tahun 2012

Dari uraian di atas, disimpulkan bahwa kemiskinan dan kesehatan saling berhubungan erat.

## 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 2024.

### 3. Bab III Akuntabilitas Kinerja

#### a. Capaian Kinerja Organisasi

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

#### b. Realisasi Anggaran

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

### 4. Bab IV Penutup

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





## BAB 2

# Perencanaan Kinerja

Bab ini memperlihatkan bagaimana partikel-partikel yang kecil berubah menjadi lebih besar dan bertambah menjadi lebih banyak, sebagaimana banyaknya usaha dan kinerja yang dilakukan oleh Kemenkes.



## A. RENCANA STRATEGIS KEMENTERIAN KESEHATAN TAHUN 2020–2024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Untuk mewujudkan visi dan melaksanakan misi di atas, maka Kementerian Kesehatan menetapkan tujuan yang akan dicapai selama periode 2020–2024 sebagai berikut:

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

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

**Tabel 2.1**

Tujuan dan Sasaran Strategis Kemenkes

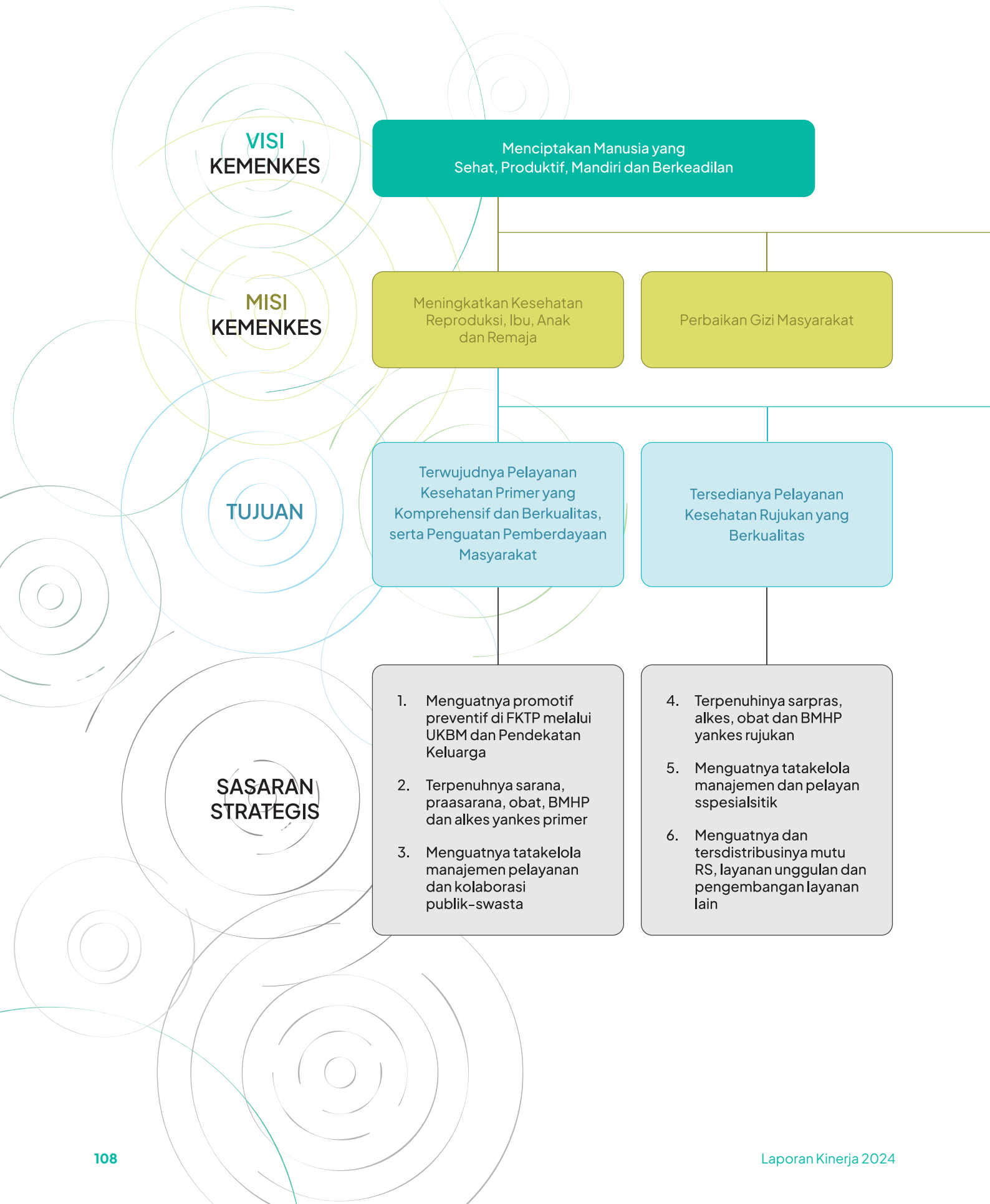
| Tujuan |                                                                                                                  | Sasaran Strategis |                                                                                                                                                             |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1      | Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Primer yang Komprehensif dan Berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat | 1.1               | Menguatnya promotif preventif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) melalui Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan pendekatan keluarga |
|        |                                                                                                                  | 1.2               | Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer                                         |
|        |                                                                                                                  | 1.3               | Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta                                                                                     |
| 2      | Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas                                                         | 2.1               | Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan BMHP pelayanan kesehatan rujukan                                                                   |
|        |                                                                                                                  | 2.2               | Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik                                                                                                  |
|        |                                                                                                                  | 2.3               | Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain                                                                    |
| 3      | Terciptanya Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh                                                              | 3.1               | Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional, dan vaksin dalam negeri                                                        |
|        |                                                                                                                  | 3.2               | Menguatnya surveilans yang adekuat                                                                                                                          |
|        |                                                                                                                  | 3.3               | Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan                                                                                              |
| 4      | Terciptanya Sistem Pembiayaan Kesehatan yang Efektif, Efisien dan Berkeadilan                                    | 4.1               | Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif                                                                     |
|        |                                                                                                                  | 4.2               | Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>Universal Health Coverage</i> (UHC)                      |
| 5      | Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan                                                         | 5.1               | Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas                                                                                        |
|        |                                                                                                                  | 5.2               | Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan                                                                                       |
|        |                                                                                                                  | 5.3               | Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan                                                                                   |

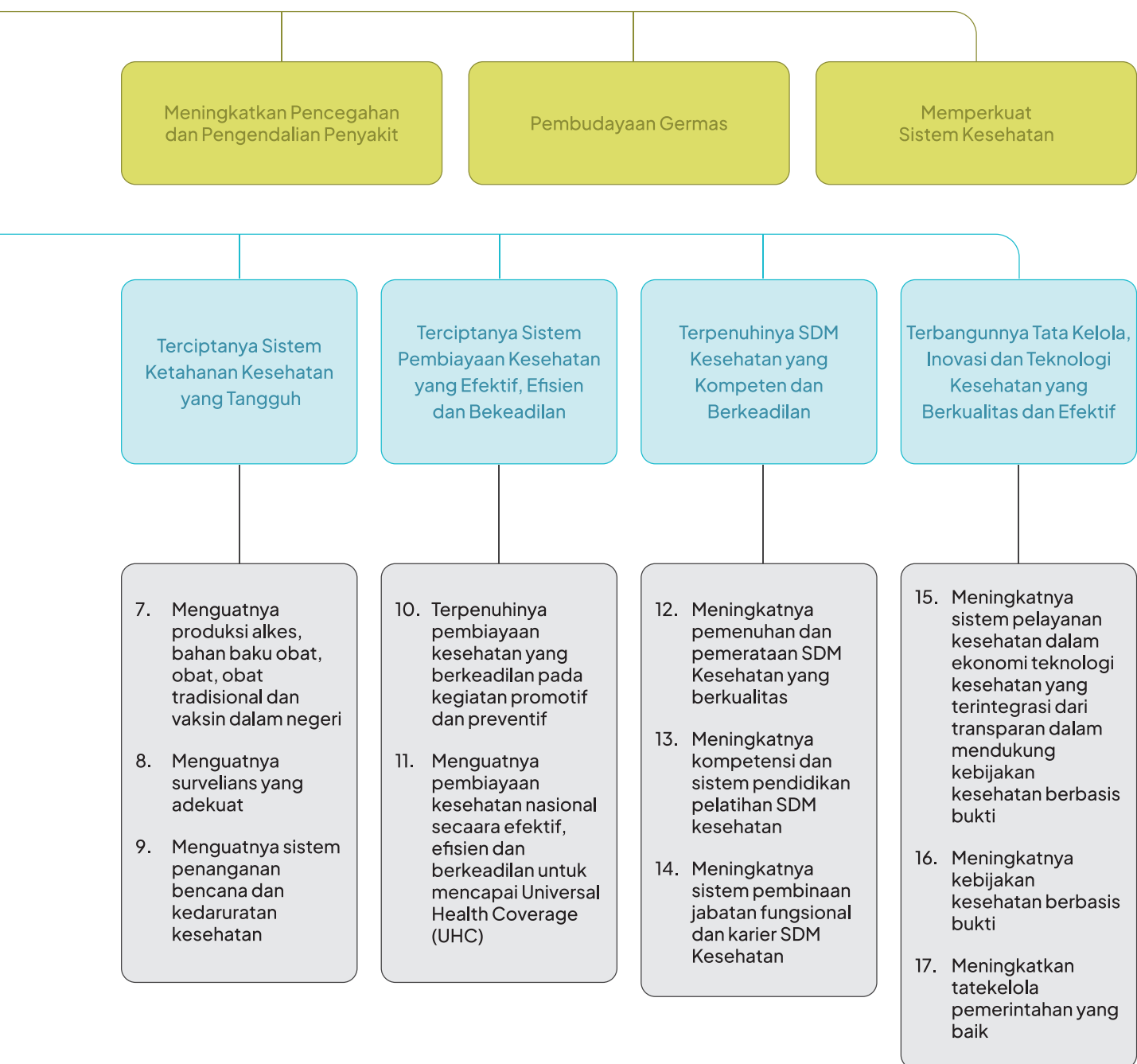
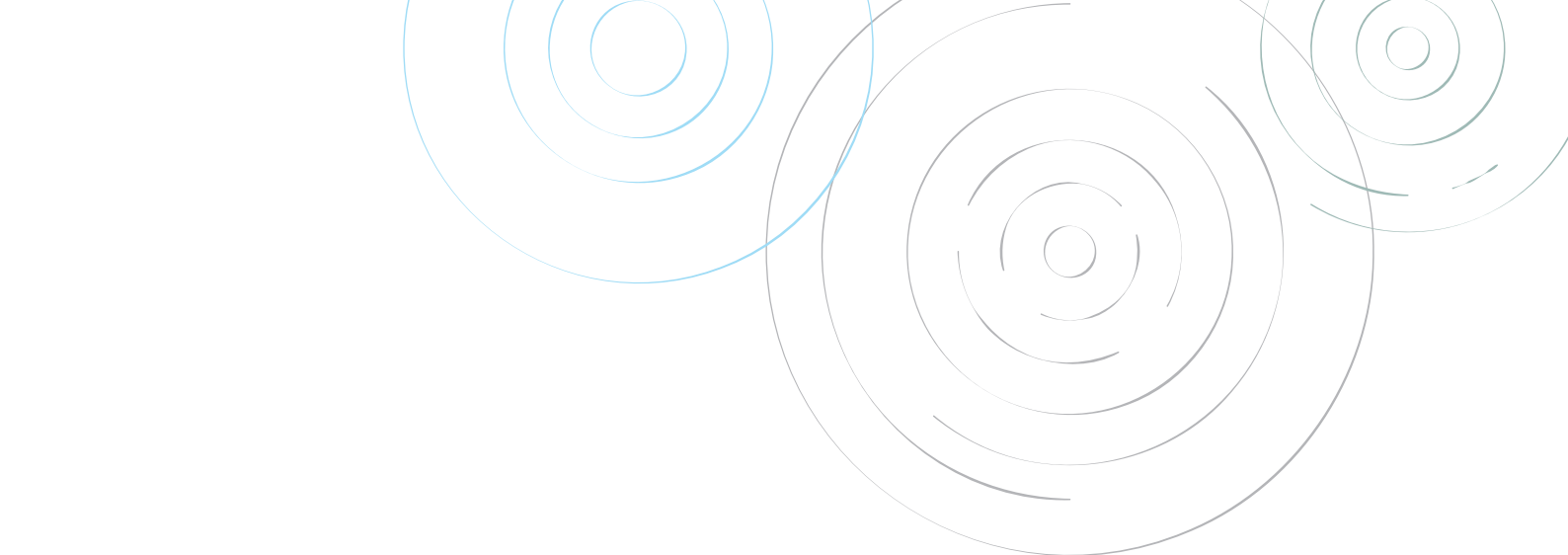


| Tujuan                                                                                    | Sasaran Strategis                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif | 6.1 Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti<br><br>6.2 Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti<br><br>6.3 Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik |

**Gambar 2.1**

Keterkaitan Visi, Misi, Tujuan &amp; Sasaran Strategis Kemenkes





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

**Tabel 2.2**

Tujuan, Sasaran Strategis dan indikator Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan

| Tujuan |                                                                                                                  | Sasaran Strategis                                                                             | Indikator Sasaran Strategis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1      | Terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat | 1.1 Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase Kabupaten/kota yang melaksanakan SPM</li> <li>AKI (per 100.000 kelahiran hidup)</li> <li>AKB (per 100.000 kelahiran hidup)</li> <li>Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek)</li> <li>Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)</li> <li>Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)</li> <li>Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)</li> <li>Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi malaria</li> <li>Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta</li> <li>Indeks pengendalian penyakit menular</li> <li>Prevalensi obesitas pada penduduk usia &gt; 18 tahun</li> <li>Persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun</li> <li>Jumlah kabupaten/kota sehat</li> </ul> |
|        |                                                                                                                  | 1.2 Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase kabupaten/kota, dengan Sarana dan Prasarana Alat (SPA) puskesmas yang memenuhi standar</li> <li>Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|        |                                                                                                                  | 1.3 Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase FKTP terakreditasi (%)</li> <li>Persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Tujuan |                                                                               | Sasaran Strategis                                                                                                                      | Indikator Sasaran Strategis                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2      | Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas                      | 2.1 Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi SPA sesuai standar</li> </ul>                                                                                                                                                                        |
|        |                                                                               | 2.2 Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   |
|        |                                                                               | 2.3 Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan</li> <li>Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional</li> </ul>                                                                                                                              |
| 3      | Terciptanya sistem ketahanan kesehatan yang tangguh                           | 3.1 Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri</li> <li>Jumlah alat kesehatan 10 terbesar <i>by volume</i> dan <i>value</i> yang diproduksi dalam negeri</li> <li>Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri</li> </ul> |
|        |                                                                               | 3.2 Menguatnya surveilans yang adekuat                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tatalaksana kasus)</li> </ul>                                                                                                                                          |
|        |                                                                               | 3.3 Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar</li> </ul>                                                                                                                                 |
| 4      | Terciptanya sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan | 4.1 Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan</li> </ul>                                                                                                                                                                      |
|        |                                                                               | Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>Universal Health Coverage</i> (UHC) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporsi <i>Out of Pocket</i> (OOP) terhadap total belanja kesehatan</li> </ul>                                                                                                                                                                                  |

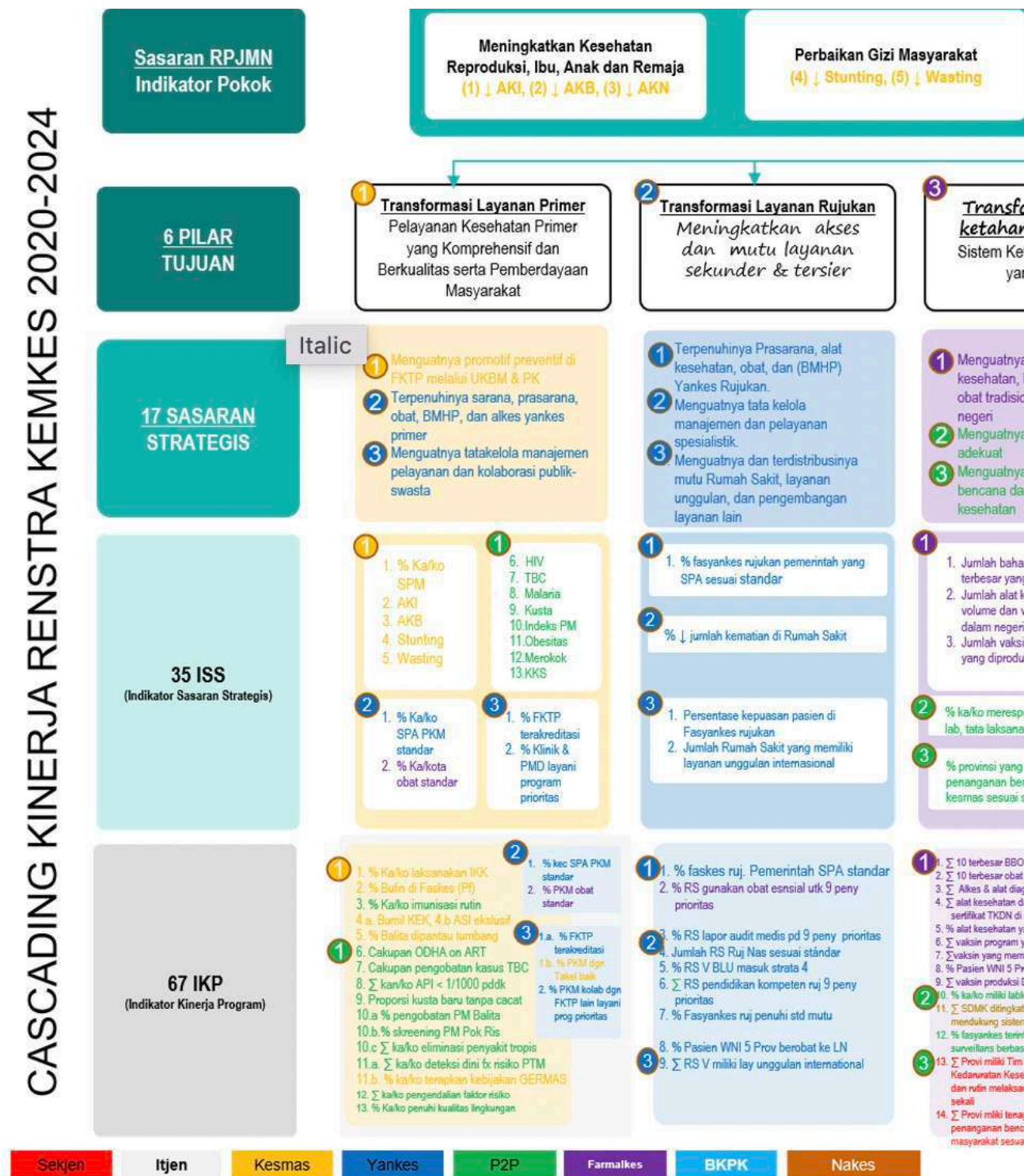


| Tujuan |                                                                                         | Sasaran Strategis                                                                                                                                                   | Indikator Sasaran Strategis                                                                                                                                                                                                                         |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5      | Terpenuhinya SDM kesehatan yang kompeten dan berkeadilan                                | 5.1 Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar</li> </ul>                                                                                                                                             |
|        |                                                                                         | 5.2 Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya</li> </ul>                                                                                                                     |
|        |                                                                                         | 5.3 Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karir SDM kesehatan                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi</li> </ul>                                                                                                                                             |
| 6      | Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif | 6.1 Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia</li> <li>Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan</li> </ul> |
|        |                                                                                         | 6.2 Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan</li> </ul>                                                                                                                                 |
|        |                                                                                         | 6.3 Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik</li> </ul>                                                                                                                                                     |



Gambar 2.2

Cascading Kinerja Renstra Kementerian Kesehatan 2020–2024



## Catatan:

1. % Pasien WNI 5 provinsi yang berobat ke luar negeri bukan Farmasi dan Alat Kesehatan (Farmalkes).
2. Jumlah sistem bioteknologi Kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan IKP-nya adalah jumlah pemanfaatan hasil bioteknologi kesehatan untuk preventif dan kuratif.





Kebijakan pada Rencana Strategi Kementerian Kesehatan sesuai dengan transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi sistem kesehatan nasional. Transformasi kesehatan tersebut meliputi:

1. Transformasi Layanan Primer

2. Transformasi Layanan Rujukan

3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan

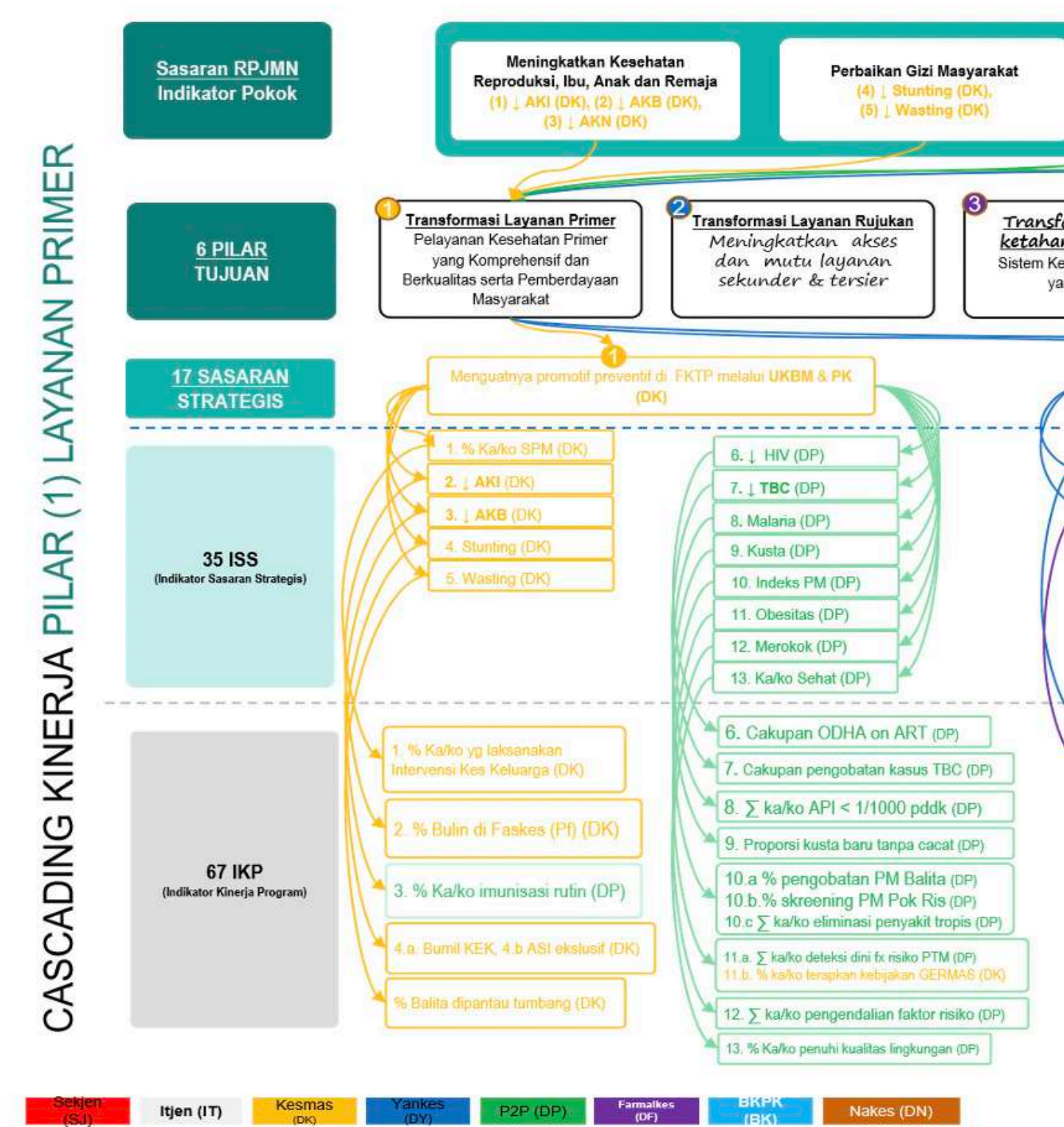
4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan

5. Transformasi SDM Kesehatan

6. Transformasi Teknologi Kesehatan

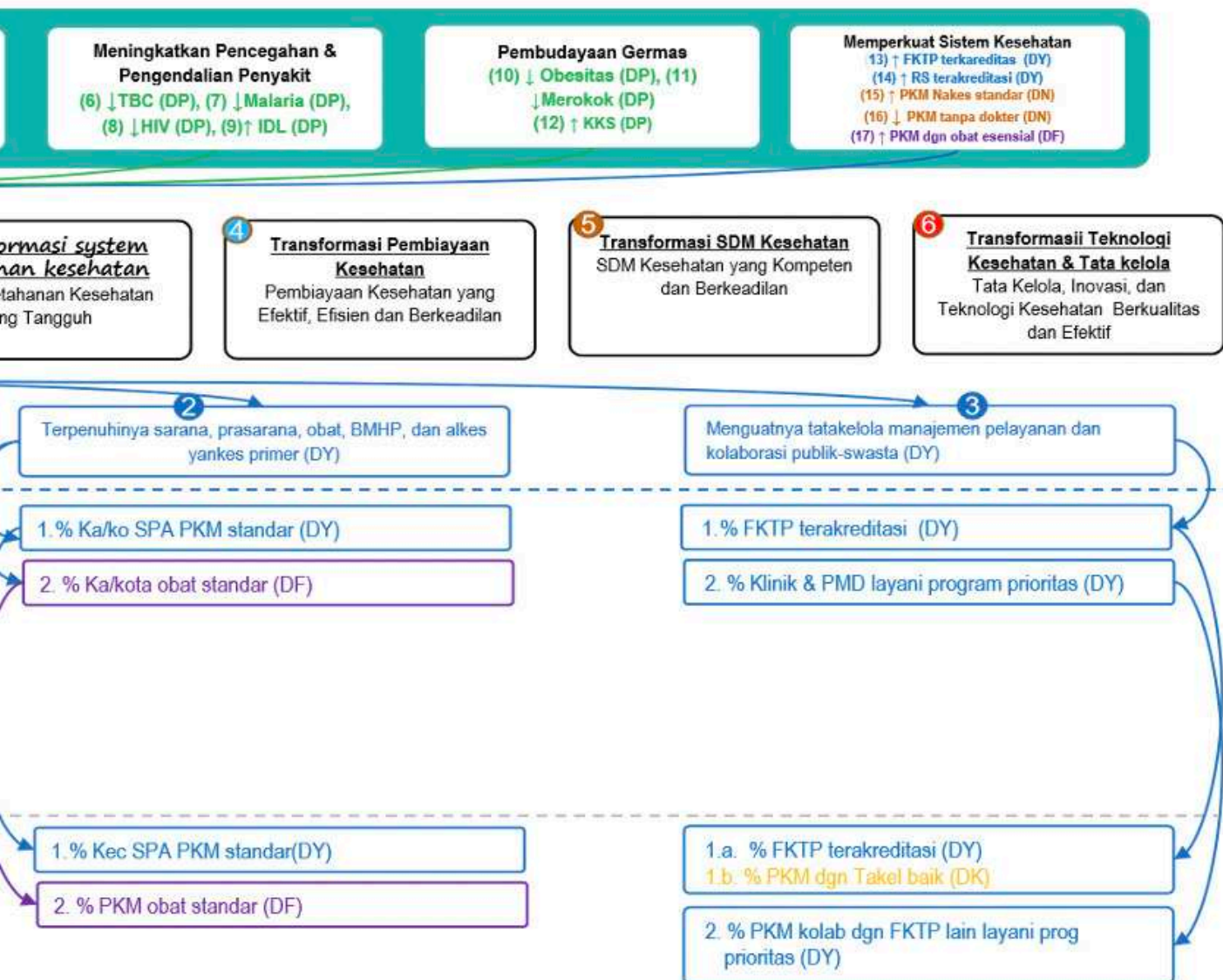
Gambar 2.3

Cascading Kinerja Transformasi Layanan Primer



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

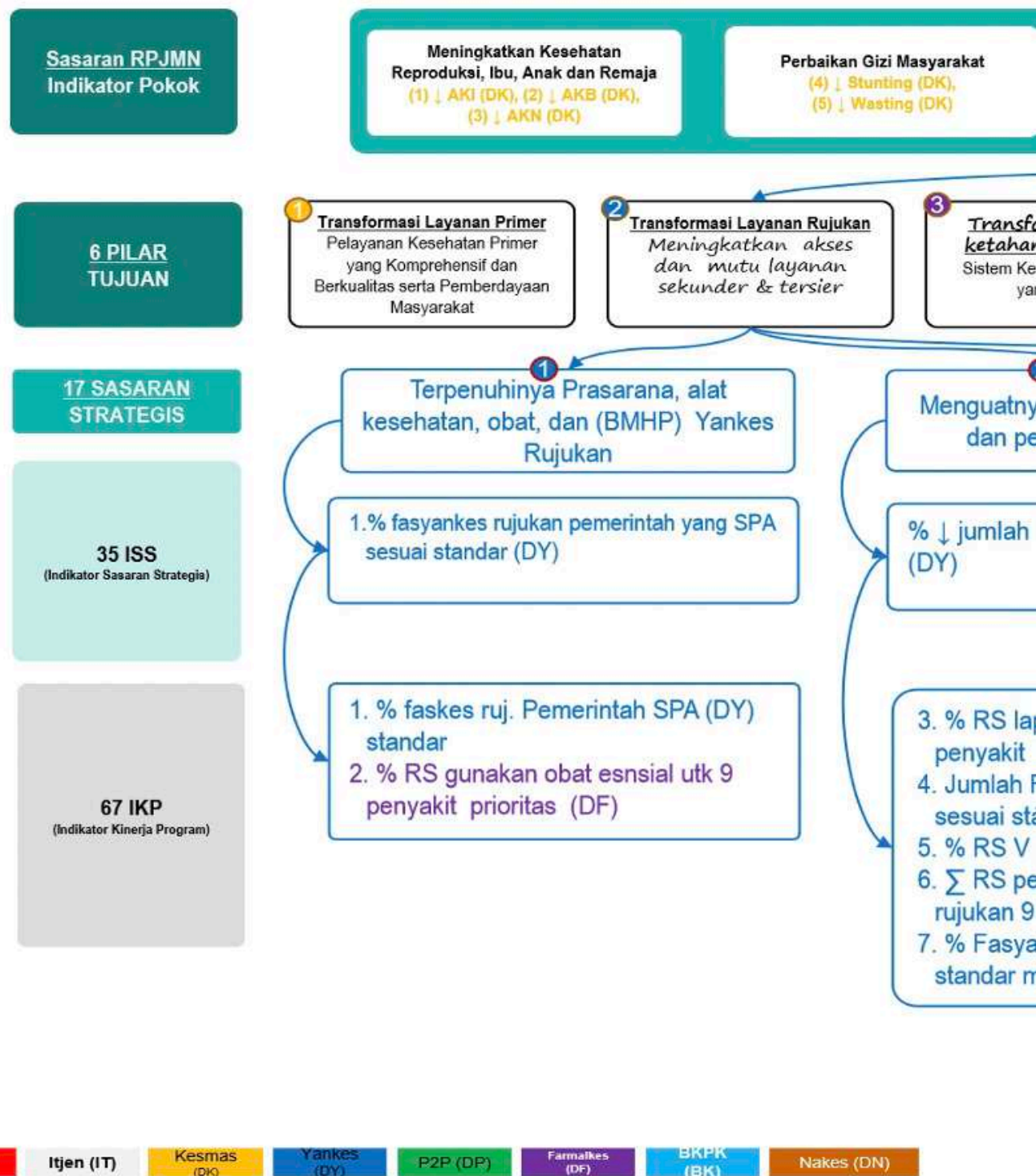




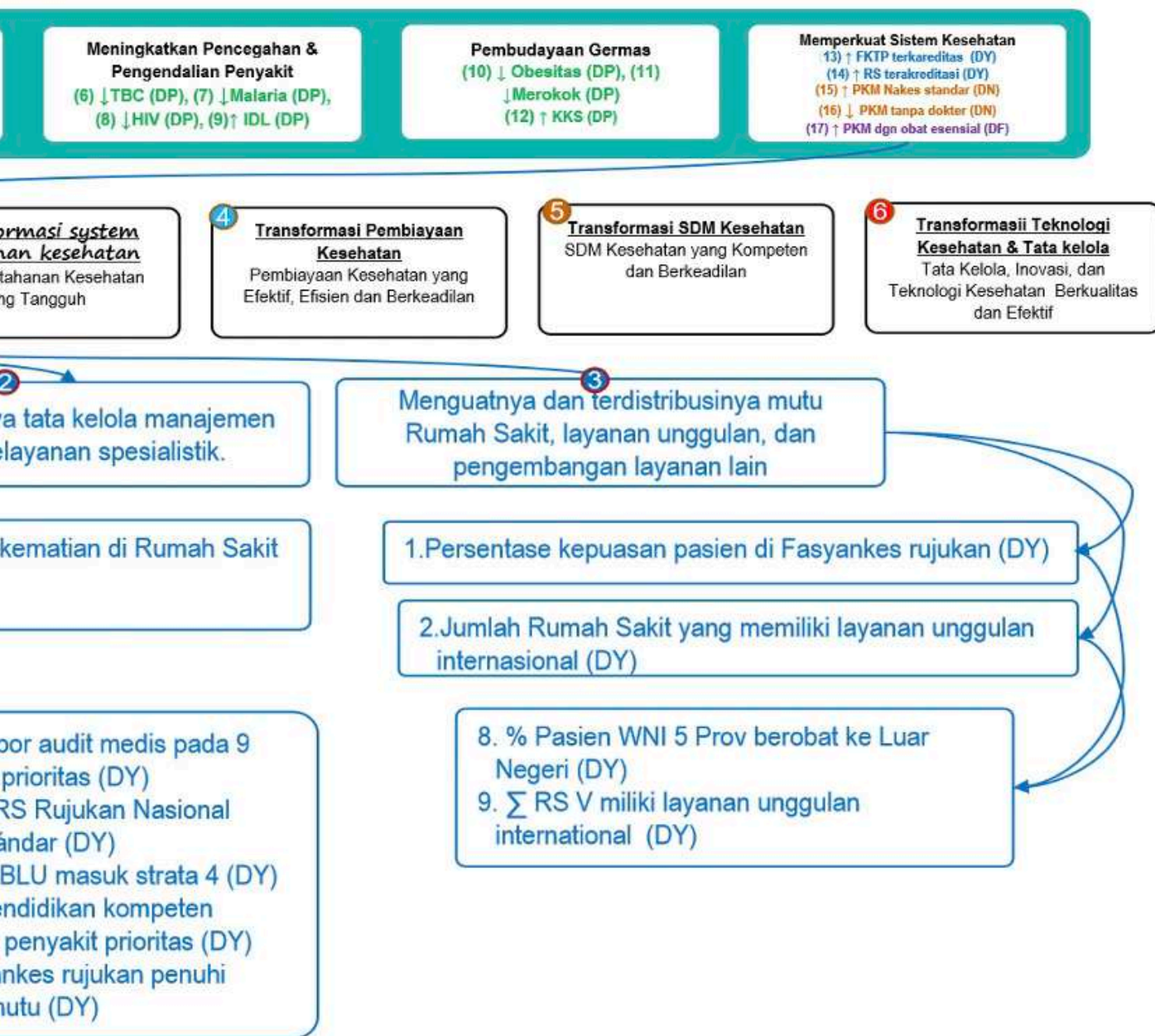
Gambar 2.4

Cascading Kinerja Transformasi Layanan Rujukan

## CASCADING KINERJA PILAR (2) LAYANAN RUJUKAN



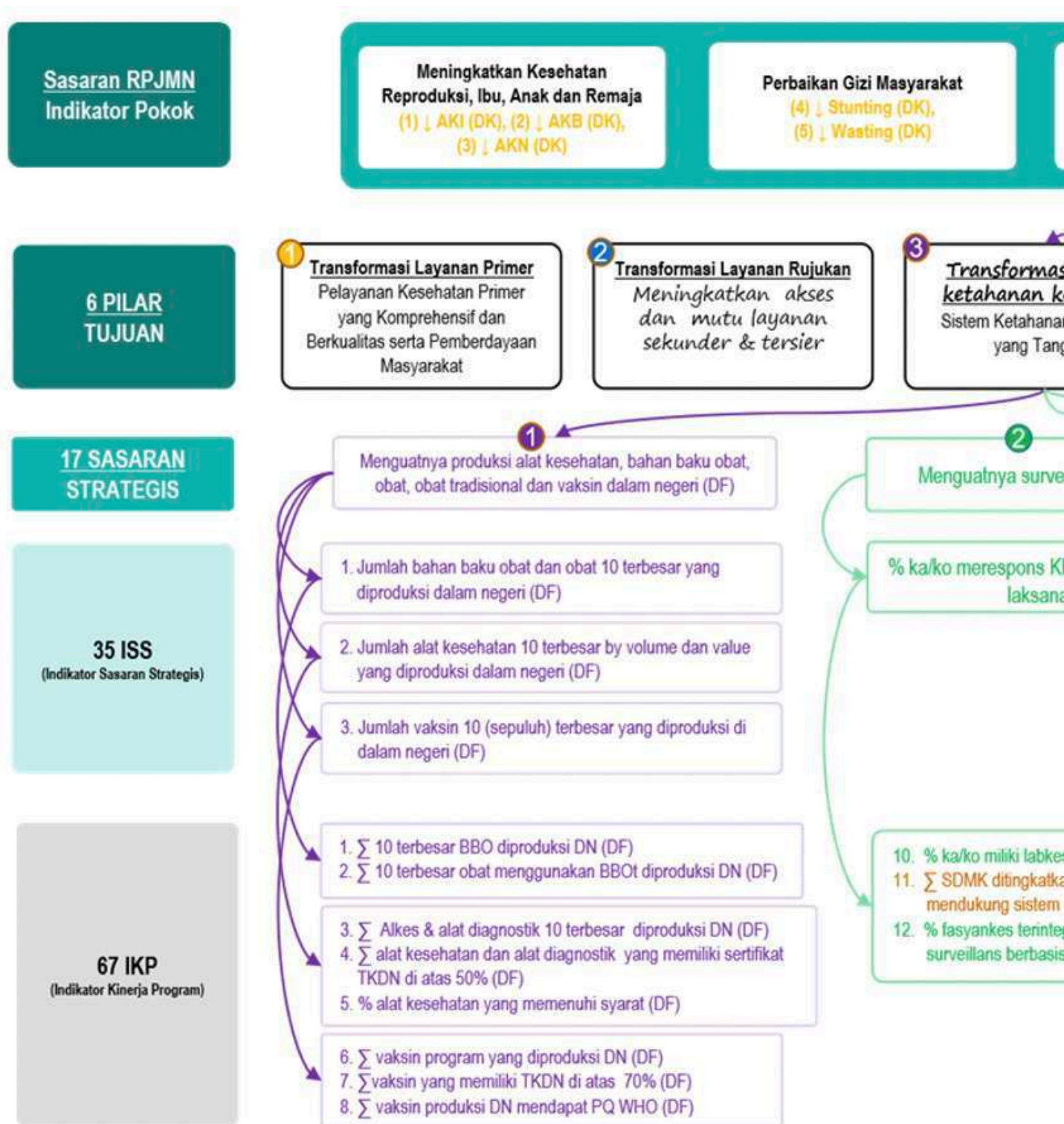
Implementasi Transformasi Layanan Rujukan yaitu dengan perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit, dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat.



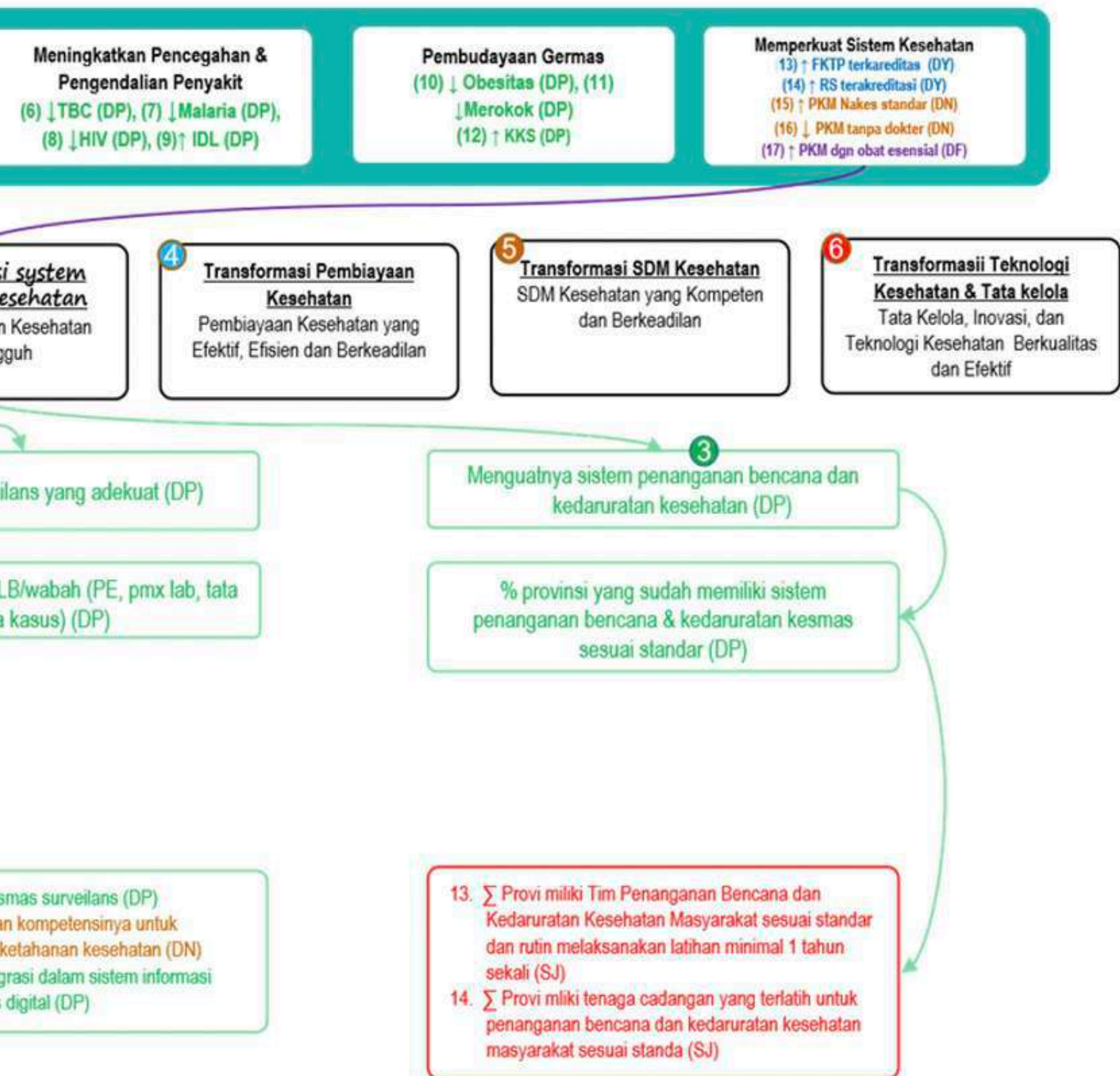


Gambar 2.5

Cascading Kinerja Transformasi Layanan Primer



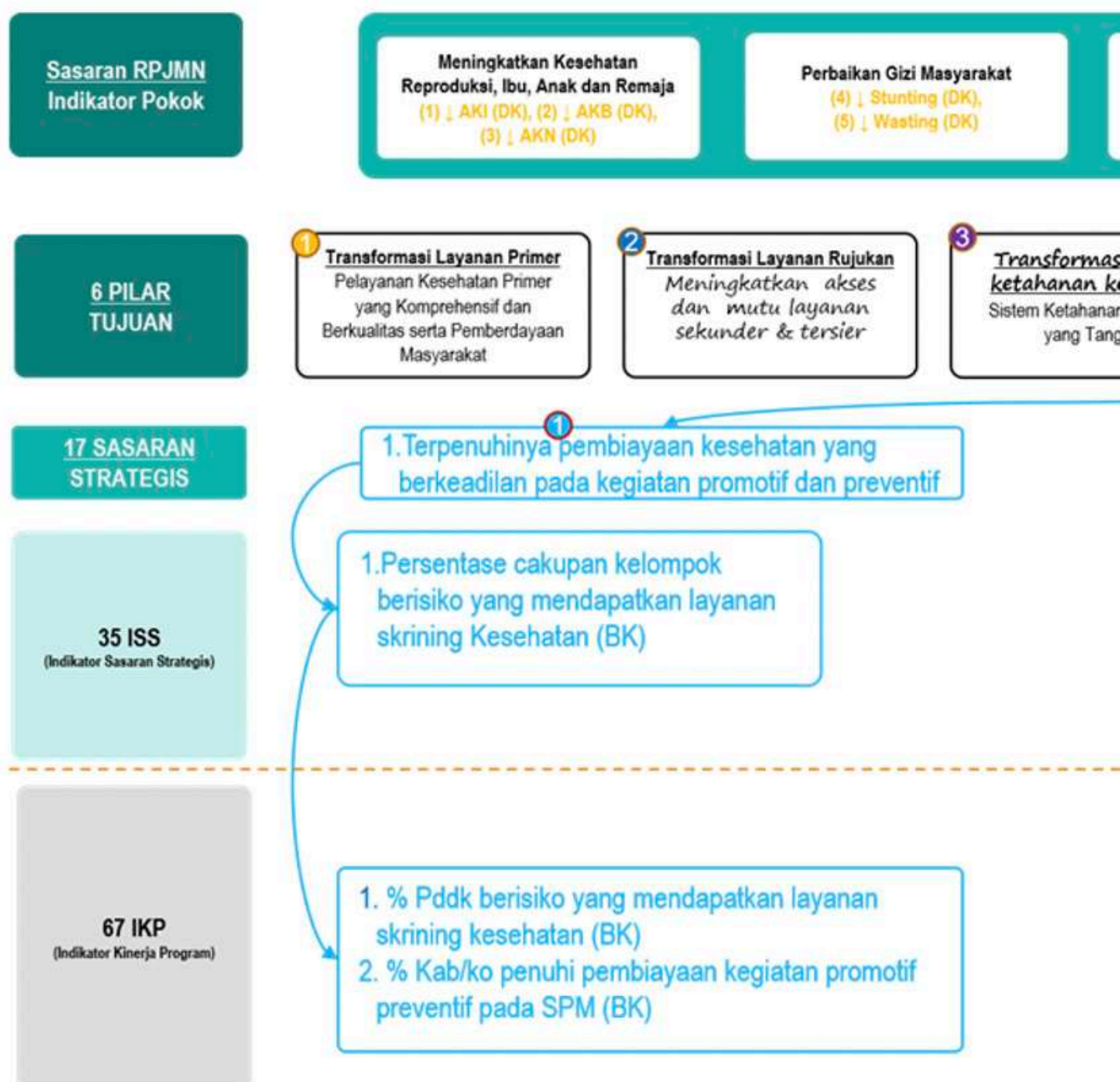
Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan diperlukan dalam menghadapi Kejadian Luar Biasa (KLB)/wabah penyakit/kedaruratan kesehatan masyarakat, melalui kemandirian kefarmasian dan alat kesehatan, penguatan surveilans yang adekuat berbasis komunitas dan laboratorium, serta penguatan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan.



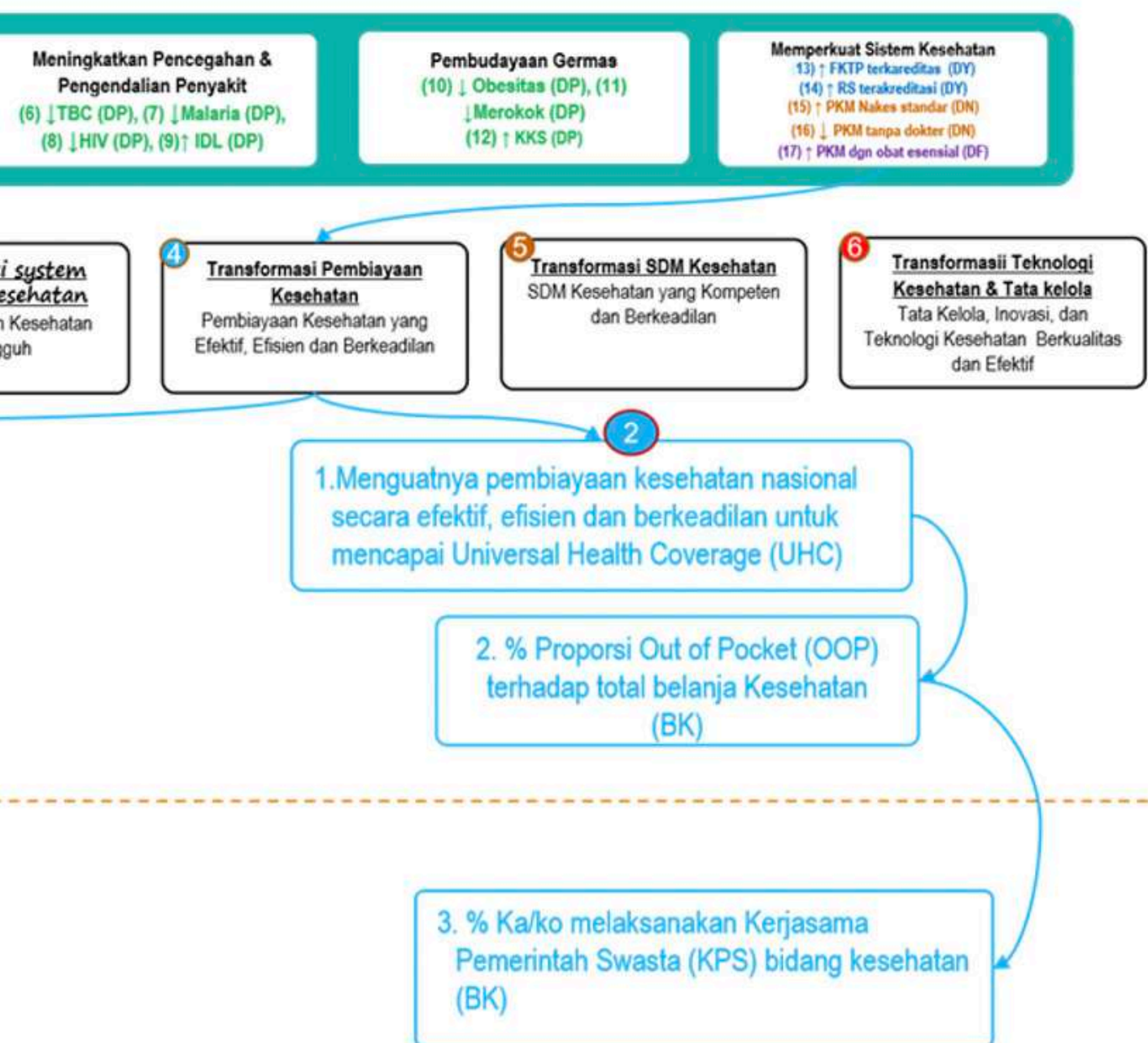


Gambar 2.6

Cascading Kinerja Transformasi Pembiayaan Kesehatan

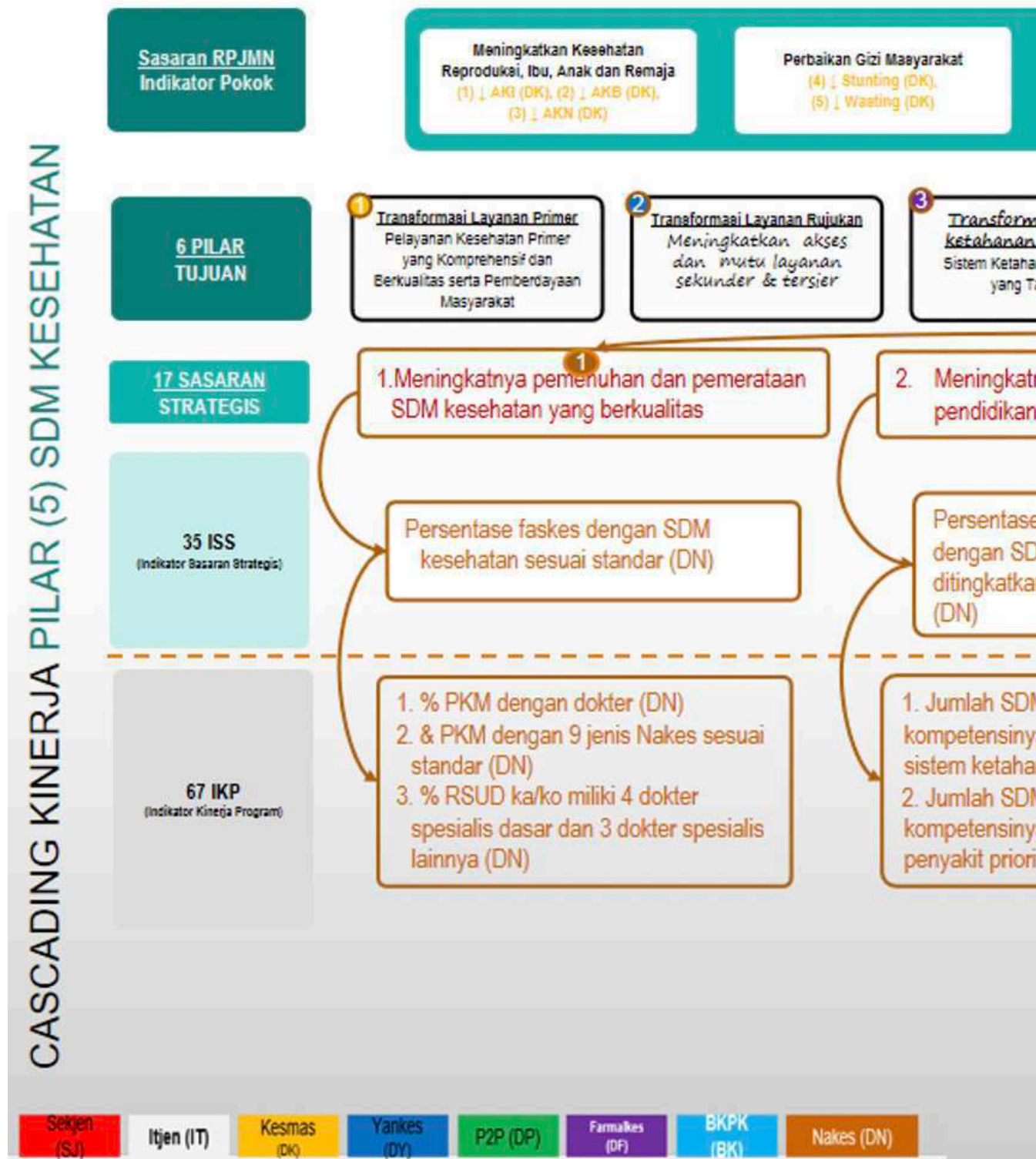


Pelaksanaan Transformasi Pembiayaan Kesehatan untuk menjamin pembiayaan yang selalu tersedia dan transparan, efektif dan efisien, serta berkeadilan.

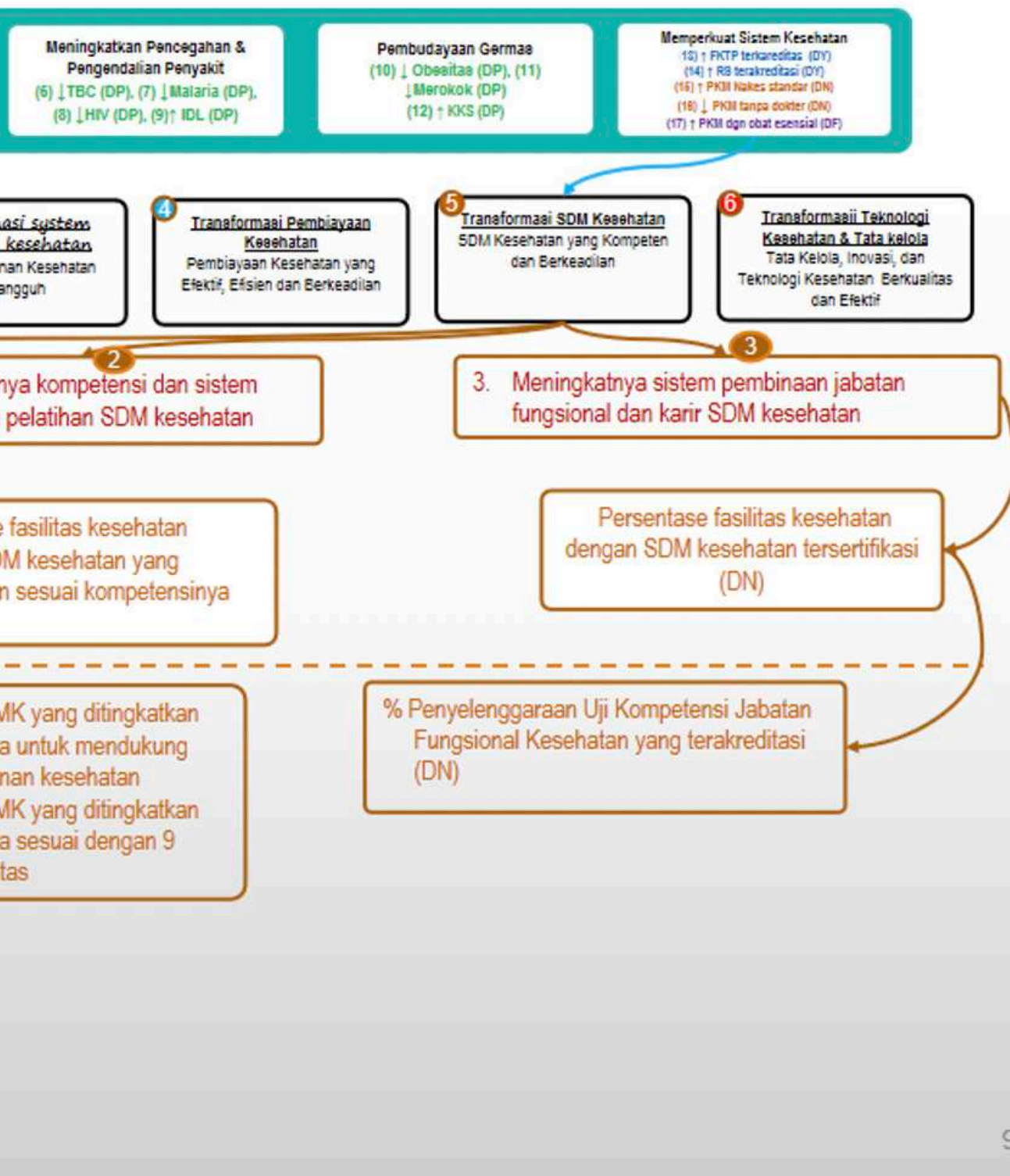


Gambar 2.7

Cascading Kinerja Transformasi SDM Kesehatan



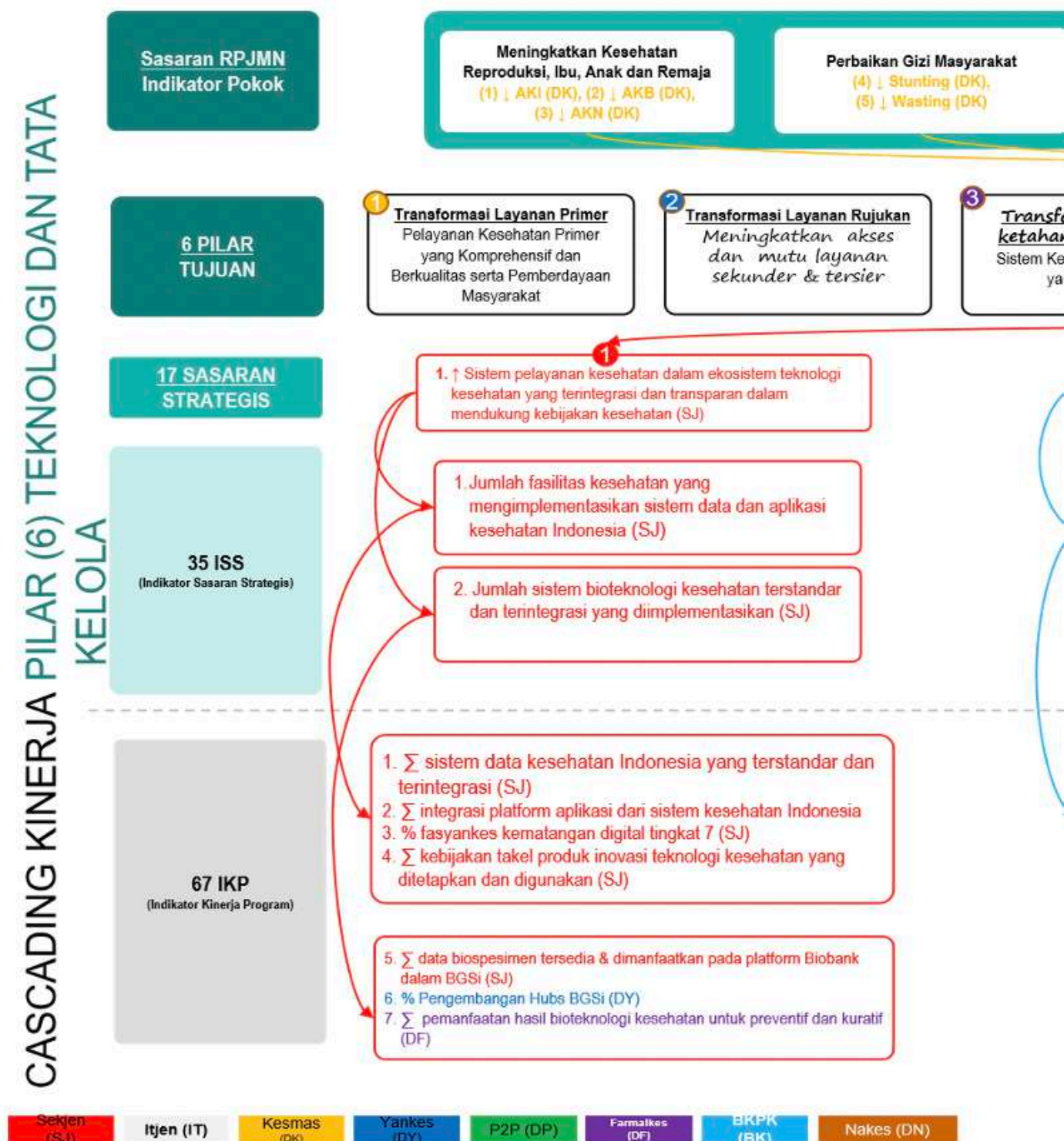
Transformasi SDM Kesehatan dilaksanakan dalam rangka menjamin ketersediaan dan pemerataan jumlah, jenis, dan kapasitas SDM kesehatan.





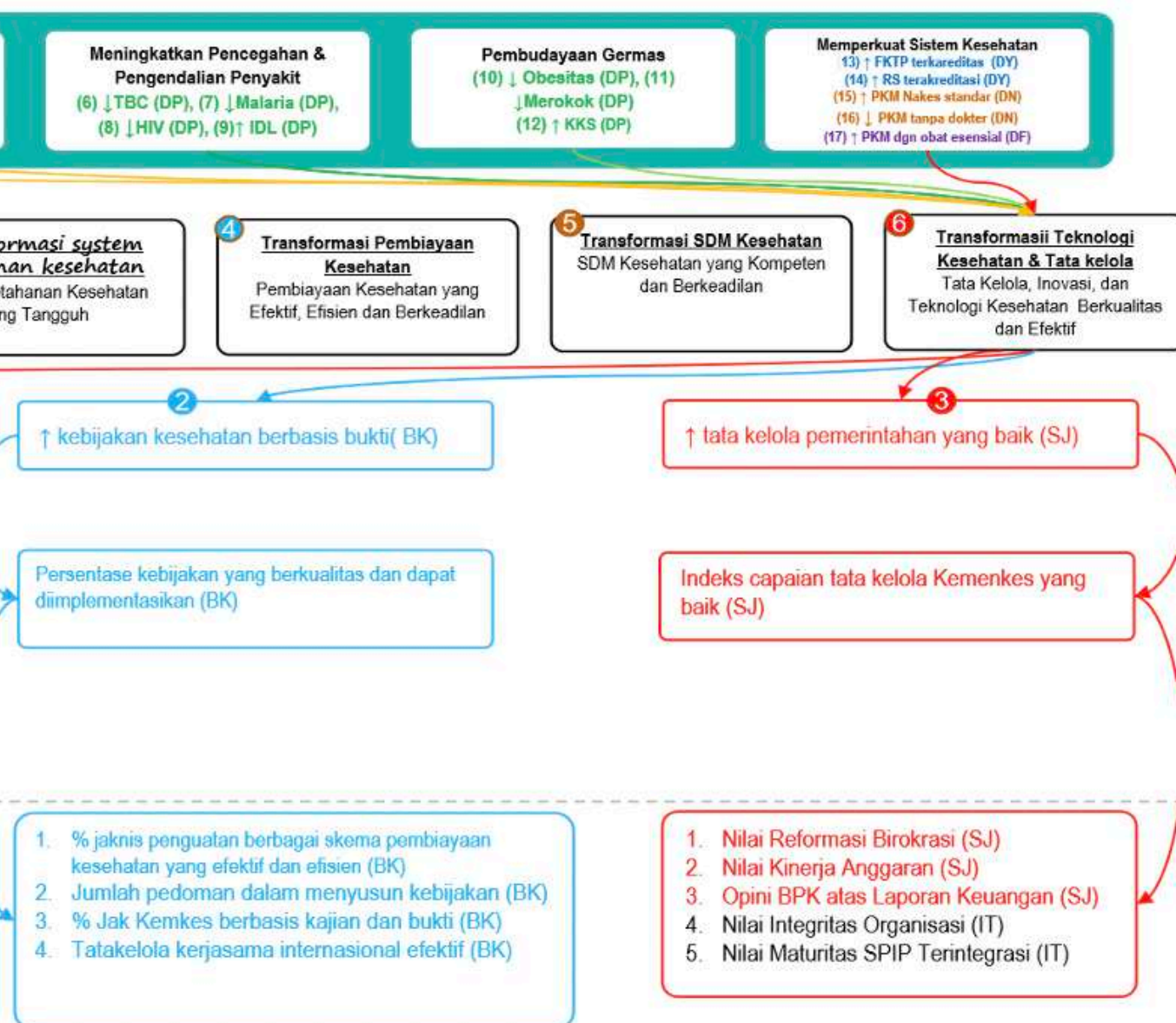
Gambar 2.8

Cascading Kinerja Transformasi Teknologi dan Tata Kelola



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





## B. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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 2023 sesuai dengan indikator pada Renstra Kementerian Kesehatan yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024. Adapun rincian indikator dan targetnya adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.3**

Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2024

| No       | Tujuan/Sasaran Strategis/Indikator Kinerja                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Target                                                                                        |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> | <b>Terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |
| 1.1      | Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga                                              | 1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM<br>2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup)<br>3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup)<br>4. Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) (%)<br>5. <i>Wasting</i> (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)<br>6. Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)<br>7. Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)<br>8. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria<br>9. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta<br>10. Indeks pengendalian penyakit menular<br>11. Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun<br>12. Persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun<br>13. Jumlah kabupaten/kota sehat | 100%<br>183<br>16<br>14,0<br>7,0<br>0,18<br>190<br>405<br>514<br>0,5889<br>21,8<br>8,7<br>420 |
| 1.2      | Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yankes primer                                            | 1. Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar<br>2. Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 100<br>92                                                                                     |
| 1.3      | Menguatnya tatakelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta                                                  | 1. Persentase FKTP terakreditasi<br>2. Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 100<br>80                                                                                     |

| No       | Tujuan/Sasaran Strategis/Indikator Kinerja                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                    | Target         |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>2</b> | <b>Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                    |                |
| 2.1      | Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan                    | 1. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar                                                                                                                                      | 100            |
| 2.2      | Menguatnya tatakelola manajemen dan pelayanan spesialistik                                                                             | 2. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit                                                                                                                                                                                             | < 2,5          |
| 2.3      | Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lain                                                | 3. Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan<br>4. Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional.                                                                                                                          | 90 (kum)<br>34 |
| <b>3</b> | <b>Terciptanya sistem ketahanan kesehatan yang tangguh</b>                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                    |                |
| 3.1      | Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri                                    | 1. Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri<br>2. Jumlah alat kesehatan 10 terbesar <i>by volume</i> dan <i>value</i> yang diproduksi dalam negeri<br>3. Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri | 20<br>17<br>17 |
| 3.2      | Menguatnya surveilans yang adekuat                                                                                                     | 1. Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus)                                                                                                                                    | 80             |
| 3.3      | Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan                                                                         | 2. Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar                                                                                                                               | 34             |
| <b>4</b> | <b>Terciptanya sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                    |                |
| 4.1      | Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif                                                | 1. Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan                                                                                                                                                                | 100            |
| 4.2      | Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai universal <i>health coverage</i> (UHC) | 2. Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap total belanja kesehatan                                                                                                                                                                            | 20             |

| No       | Tujuan/Sasaran Strategis/Indikator Kinerja                                                                                                                      |                                                                                                     | Target |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>5</b> | <b>Terpenuhinya SDM kesehatan yang kompeten dan berkeadilan</b>                                                                                                 |                                                                                                     |        |
| 5.1      | Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas                                                                                            | 1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar                                            | 100    |
| 5.2      | Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan                                                                                           | 2. Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya                    | 60     |
| 5.3      | Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM Kesehatan                                                                                       | 3. Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi                                            | 100    |
| <b>6</b> | <b>Terbangunnya tata kelola, inovasi, dan teknologi kesehatan yang berkualitas dan efektif</b>                                                                  |                                                                                                     |        |
| 6.1      | Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti | 1. Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia | 60.000 |
|          |                                                                                                                                                                 | 2. Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan          | 30     |
| 6.2      | Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti                                                                                                                 | 1. Presentasi kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan                                | 81     |
| 6.3      | Meningkatnya tatakelola pemerintahan yang baik                                                                                                                  | 2. Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik                                                    | 90     |

Jumlah anggaran pagu awal yang dialokasikan pada Tahun 2024 sebesar Rp. 90.482.322.545.000 (Sembilan Puluh Triliun Empat Ratus Delapan Puluh Dua Miliar Tiga Ratus Dua Puluh Dua Juta Lima Ratus Empat Puluh Lima Ribu Rupiah).

## C. PERJANJIAN KINERJA TEVISI TAHUN 2024

Pada tahun 2024 dilakukan revisi perjanjian kinerja Kementerian Kesehatan, adapun rincian indikator dan targetnya adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.4**

Perjanjian Kinerja Revisi Kementerian Kesehatan Tahun 2024

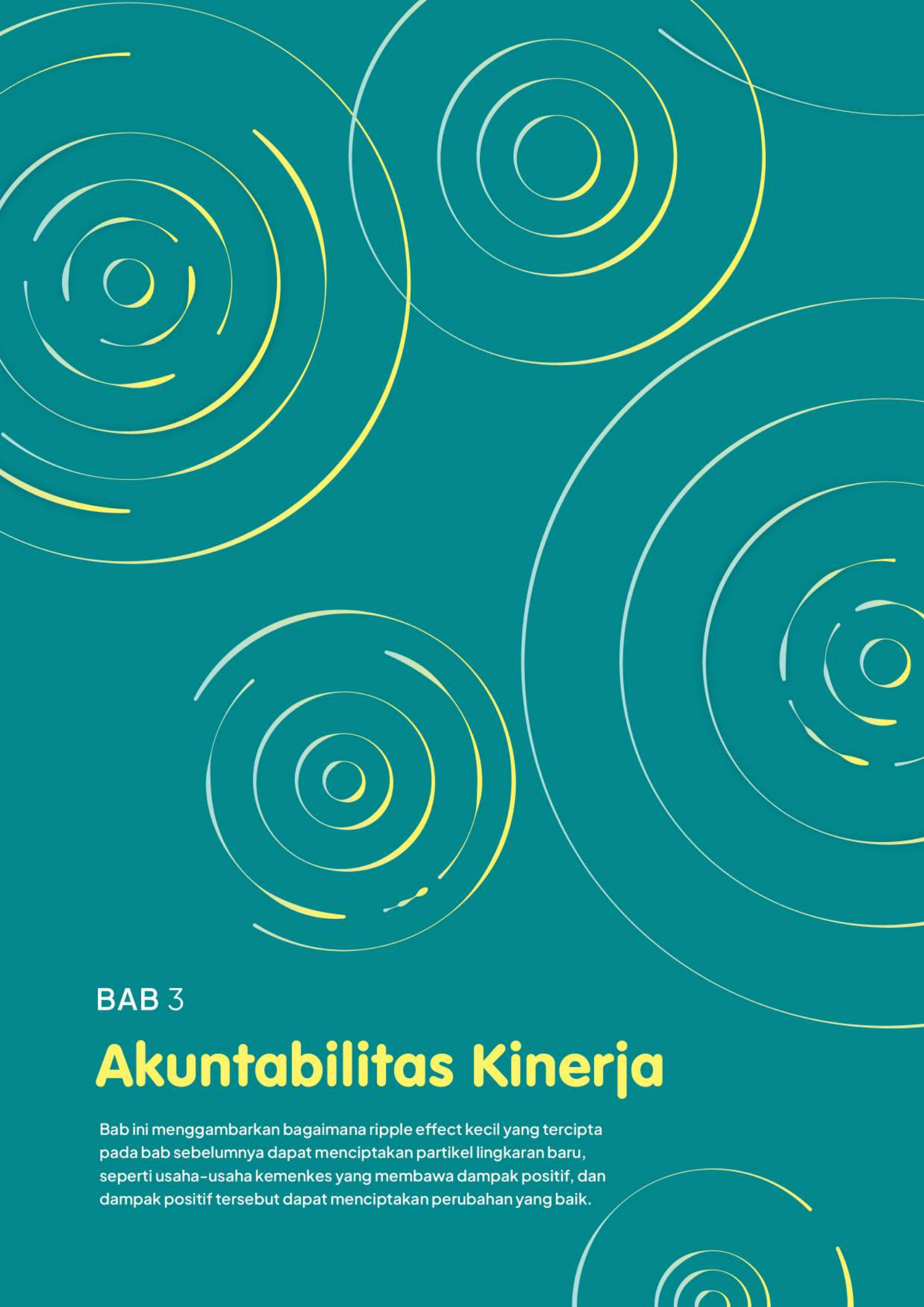
| No       | Tujuan/Sasaran Strategis/Indikator Kinerja                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Target                                                                                        |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> | <b>Terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |
| 1.1      | Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga                                              | 1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM<br>2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup)<br>3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup)<br>4. Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) (%)<br>5. <i>Wasting</i> (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)<br>6. Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)<br>7. Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)<br>8. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria<br>9. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta<br>10. Indeks pengendalian penyakit menular<br>11. Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun<br>12. Persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun<br>13. Jumlah kabupaten/kota sehat | 100%<br>183<br>16<br>14,0<br>7,0<br>0,18<br>190<br>405<br>514<br>0,5889<br>21,8<br>8,7<br>420 |
| 1.2      | Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yankes primer                                            | 1. Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar<br>2. Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 100<br>92                                                                                     |
| 1.3      | Menguatnya tatakelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta                                                  | 1. Persentase FKTP terakreditasi<br>2. Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 100<br>80                                                                                     |
| <b>2</b> | <b>Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas</b>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |
| 2.1      | Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan     | 1. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100                                                                                           |
| 2.2      | Menguatnya tatakelola manajemen dan pelayanan spesialisik                                                               | 2. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | < 2,5                                                                                         |



| No       | Tujuan/Sasaran Strategis/Indikator Kinerja                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                   | Target         |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 2.3      | Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lain                                                | 1. Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan<br>2. Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional.                                                                                                                                         | 90 (kum)<br>34 |
| <b>3</b> | <b>Terciptanya sistem ketahanan kesehatan yang tangguh</b>                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |
| 3.1      | Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri                                    | 1. Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri kabupaten/kota<br>2. Jumlah alat kesehatan 10 terbesar <i>by volume</i> dan <i>value</i> yang diproduksi dalam negeri<br>3. Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri | 20<br>17<br>17 |
| 3.2      | Menguatnya surveilans yang adekuat                                                                                                     | 1. Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus)                                                                                                                                                   | 80             |
| 3.3      | Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan                                                                         | 2. Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar                                                                                                                                              | 38             |
| <b>4</b> | <b>Terciptanya sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |
| 4.1      | Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif                                                | 1. Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan                                                                                                                                                                               | 100            |
| 4.2      | Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>universal health coverage</i> (UHC) | 2. Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap total belanja kesehatan                                                                                                                                                                                           | 20             |
| <b>5</b> | <b>Terpenuhinya SDM kesehatan yang kompeten dan berkeadilan</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |
| 5.1      | Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas                                                                   | 1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar                                                                                                                                                                                                          | 100            |
| 5.2      | Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan                                                                  | 2. Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya                                                                                                                                                                                  | 60             |

| No                                                                                               | Tujuan/Sasaran Strategis/Indikator Kinerja                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                   | Target       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 5.3                                                                                              | Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM Kesehatan                                                                                       | 1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi                                                                                                                                          | 100          |
| <b>6 Terbangunnya tata kelola, inovasi, dan teknologi kesehatan yang berkualitas dan efektif</b> |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |              |
| 6.1                                                                                              | Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti | 1. Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia<br>2. Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan | 40.000<br>30 |
| 6.2                                                                                              | Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti                                                                                                                 | 1. Presentasi kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan                                                                                                                              | 81           |
| 6.3                                                                                              | Meningkatnya tatakelola pemerintahan yang baik                                                                                                                  | 2. Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik                                                                                                                                                  | 86           |

Jumlah anggaran pagu awal yang dialokasikan pada Revisi Perjanjian Kinerja Tahun 2024 sebesar Rp99.866.882.949.000 (Sembilan Puluh Sembilan Triliun Delapan Ratus Enam Puluh Enam Miliar Delapan Ratus Delapan Puluh Dua Juta Sembilan Ratus Empat Puluh Sembilan Ribu Rupiah).



## BAB 3

# Akuntabilitas Kinerja

Bab ini menggambarkan bagaimana ripple effect kecil yang tercipta pada bab sebelumnya dapat menciptakan partikel lingkaran baru, seperti usaha-usaha kemenkes yang membawa dampak positif, dan dampak positif tersebut dapat menciptakan perubahan yang baik.





## A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

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

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

Melalui pengukuran kinerja diperoleh gambaran pencapaian masing-masing indikator sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan di masa yang akan datang agar setiap kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Capaian kinerja Kementerian Kesehatan pada tahun 2024 akan diuraikan menurut Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan.





### 3.1 Sasaran Strategis 1: Menguatnya Promotif Preventif di FKTP Melalui UKBM dan Pendekatan Keluarga

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

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

| No | Indikator Kinerja                                           | Realisasi Kinerja |              |                  |
|----|-------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|------------------|
|    |                                                             | Target 2024       | Capaian 2024 | % Realisasi 2024 |
| 1  | Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM             | 84,28             | 84,28        | 100              |
| 2  | AKI (per 100.000 kelahiran hidup)                           | 183               | 189          | 96,72            |
| 3  | AKB (per 1.000 kelahiran hidup)                             | 16                | 16,85        | 94,68            |
| 4  | Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) (%)          | 14                | 21,5         | 65,11            |
| 5  | Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)            | 7,0               | 8,5          | 82,35            |
| 6  | Insidensi HIV (per 1000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV) | 0,18              | 0,10         | 144,4            |
| 7  | Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)               | 190               | 387          | 0                |
| 8  | Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria              | 405               | 401          | 99,01            |
| 9  | Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta                | 514               | 394          | 76,65            |
| 10 | Indeks pengendalian penyakit menular                        | 0,5889            | 0,5663       | 96,16            |
| 11 | Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun            | 21,8              | 23,4         | 92,66            |
| 12 | Persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun                | 8,7               | 7,4          | 114,94           |
| 13 | Jumlah kabupaten/kota sehat                                 | 420               | 422          | 100,48           |

3.1.1 Persentase Kabupaten/kota yang Melaksanakan SPM

Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) menyebutkan bahwa SPM merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pelayanan dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara, merupakan jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan telah menetapkan bahwa SPM Kesehatan terdiri dari SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. Pelayanan di dalam SPM Bidang Kesehatan

ini lebih terfokus pada pelayanan yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif mencakup peningkatan kesehatan, perlindungan spesifik, diagnosis dini dan pengobatan tepat, pencegahan kecacatan dan rehabilitasi.

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

Cara perhitungan indikator adalah jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan SPM bidang kesehatan dengan capaian dalam kategori minimal tuntas pratama dibagi jumlah kabupaten/kota dikali 100.

Tabel 3.2  
Realisasi Kinerja Indikator Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM

| No | Indikator Kinerja                               | Realisasi Kinerja |              |                  |
|----|-------------------------------------------------|-------------------|--------------|------------------|
|    |                                                 | Target 2024       | Capaian 2024 | % Realisasi 2024 |
| 1  | Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM | 100%              | 88,61%       | 88,61%           |

Realisasi persentasi kabupaten/kota yang melaksanakan SPM didapatn dari pengolahan data eBangda. Pada tahun 2024 terdapat 451 kabupaten/kota dengan capaian SPM > 70% dari 509 kabupaten kota (Prov. DKI Jakarta dihitung sebagai Jakarta Raya), sehingga realisasi sebesar 88,61%. Dengan target 100%, maka realisasi kinerja menjadi 88,61%.

Grafik 3.1  
Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan SPM Menurut Provinsi

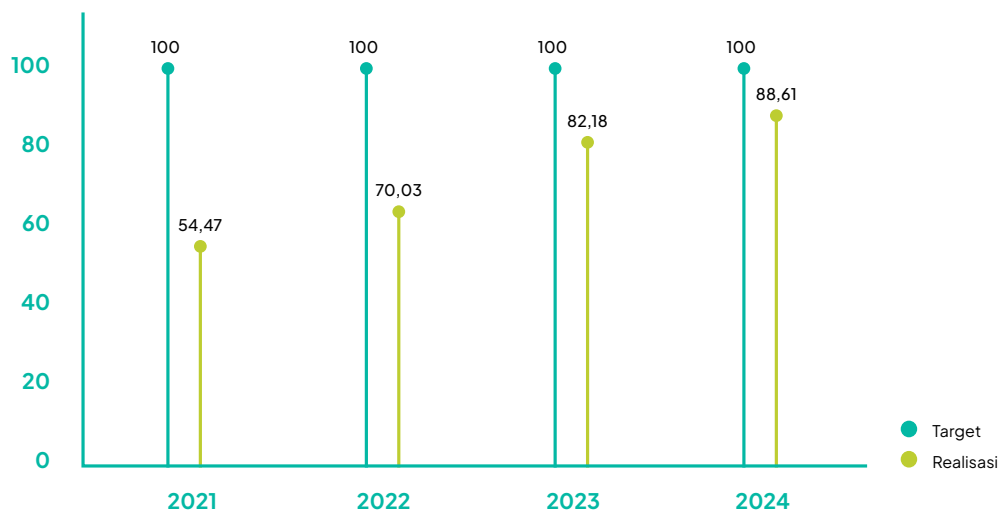
Sumber : <https://spm.bangda.kemendagri.go.id/publikasi> (data per 23 Januari 2025)



**Gambar 3.1**

Perbandingan Indikator Capaian SPM Tahun 2021, 2022, 2023 &amp; 2024 (Data Tahun 2024: 88,61)

Sumber: HRIS



Berdasarkan tabel di atas, capaian indikator persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM pada 2024 sebesar 88,61% dari target 100%. Capaian ini bila dibandingkan dengan tahun 2023 cenderung turun, tetapi lebih besar dibandingkan tahun 2023. Capaian diperoleh dari 451 kabupaten/kota yang tersebar di 36 provinsi yang menyelenggarakan pelayanan SPM bidang kesehatan dengan capaian dalam kategori minimal tuntas pratama atau nilai > 70.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian target persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM antara lain:

- Menjadikan indikator SPM sebagai isu prioritas di Kementerian Kesehatan.
- Menerbitkan PMK Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.

- Sosialisasi pelaksanaan SPM kabupaten/kota.
- Peningkatan kapasitas kabupaten/kota dan tenaga kesehatan terkait pelayanan SPM.
- Penyusunan kebijakan DAK untuk mendukung pemenuhan SPM.

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Penetapan target sasaran penerima layanan dasar yang berbeda.
- Penghitungan kebutuhan pemenuhan mutu layanan dasar.
- Ketersediaan sarana prasarana/alat kesehatan/obat yang belum memenuhi kebutuhan per kapita.
- Dukungan SDM kesehatan; seringkali adanya

mutasi dan perpindahan dari pemegang program.

- Keterbatasan anggaran.
- Kapasitas Tim Penerapan SPM masih belum maksimal.

Faktor pendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Penetapan target sasaran, bisa menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini kebenarannya dengan mempertimbangkan estimasi hasil dari survei atau riset yang valid dan ditetapkan oleh kepala daerah.
- Pemenuhan mutu layanan dasar disesuaikan dengan ketersediaan anggaran di daerah.
- Ketersediaan SDM kesehatan, didasari pada peraturan ILP.
- Dukungan anggaran melalui DAK Fisik dan Non Fisik.
- Penguatan regulasi di daerah dalam Pelaksanaan SPM bidang kesehatan.

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Koordinasi antara pusat, provinsi, dan kabupaten/kota dalam penghitungan target sasaran.
- Koordinasi antara pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam perencanaan dan penganggaran kegiatan untuk mendukung SPM.
- Penerbitan kebijakan atau regulasi daerah untuk mendukung pencapaian indikator SPM.
- Koordinasi dan kolaborasi antar OPD terkait SPM di tingkat kabupaten dalam pencatatan dan pelaporan.
- Penguatan kapasitas Tim Penerapan SPM.
- Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap capaian SPM dan dilaporkan kepada gubernur/bupati secara berkala.
- Memaksimalkan pemanfaatan sumber dana (DAU, DAK, dll.) untuk pencapaian SPM daerah.

### 3.1.2 Angka Kematian Ibu (per 100.000 Kelahiran Hidup)

Salah satu fokus pembangunan kesehatan pada tahun 2020–2024 meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan indikator status kesehatan masyarakat di antaranya Angka Kematian Ibu (AKI). AKI di Indonesia yaitu 189 per 100.000 kelahiran hidup (Long Form Sensus Penduduk (SP) 2020). Secara tren dalam periode empat tahun ini, AKI mengalami penurunan, tetapi angka tersebut termasuk salah satu yang tertinggi di antara negara ASEAN lainnya. Meskipun telah mendekati target RPJMN tahun 2024 sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup, angka tersebut masih sangat jauh dari target SDGs, yaitu mengurangi AKI hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.

Definisi operasional yang digunakan untuk indikator AKI per 100.000 kelahiran

hidup adalah kematian perempuan selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan (tanpa memandang usia gestasi), akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera atau kejadian insidental. AKI dihitung dengan menggunakan formulasi jumlah kematian ibu dibagi jumlah lahir hidup dikali 100.000. Data AKI didapat dari survei/riset/sensus, yaitu:

- Sensus penduduk dilakukan 10 tahun sekali; atau
- Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (di antara dua sensus penduduk).



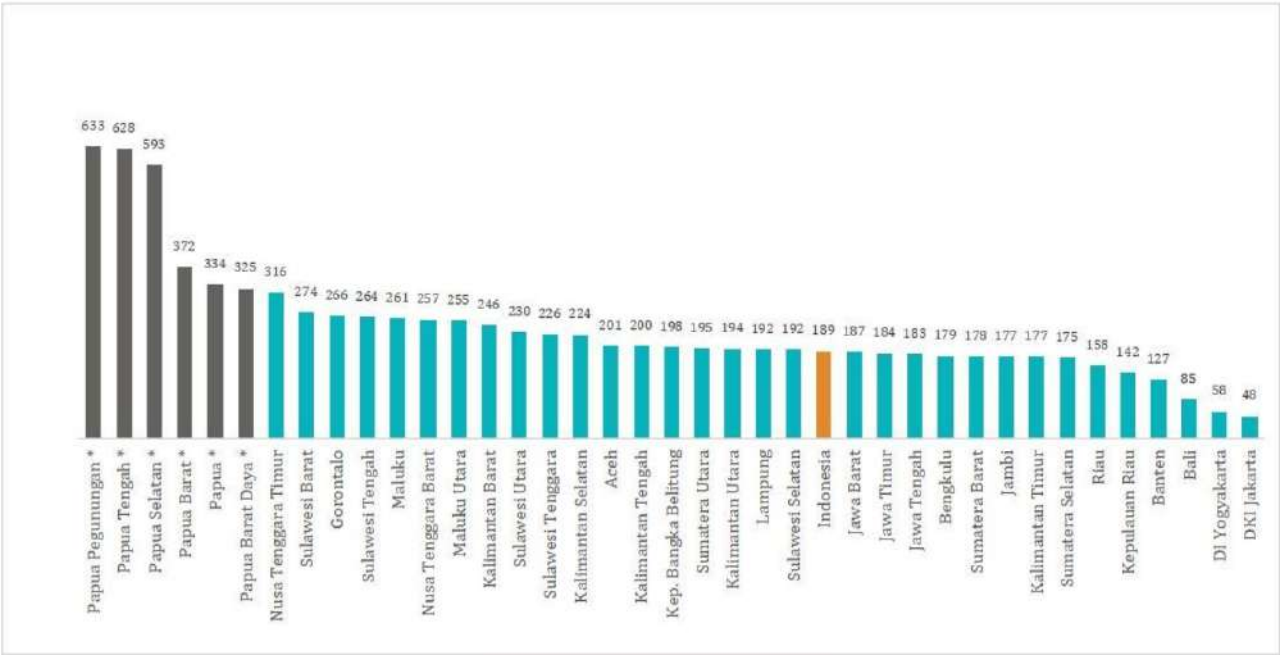
Oleh karena itu pelaporan AKI tidak tersedia secara tahunan, capaian kinerja indikator AKI pada semester I 2024 masih merujuk kepada hasil Long Form SP2020 yang dikeluarkan pada tahun 2023 yaitu 189 per 100.000 kelahiran hidup. Indikator AKI merupakan indikator negatif sehingga semakin turun semakin baik, dengan

penghitungan untuk capaian indikator negatif, persentase capaian kinerja dibandingkan dengan target 2024 adalah sebesar 96,72%.

Tabel 3.4  
Realisasi Kinerja Indikator AKI (per 100.000 kelahiran hidup)

| No | Indikator Kinerja                     | Realisasi Kinerja |           |             |
|----|---------------------------------------|-------------------|-----------|-------------|
|    |                                       | Target 2024       | Realisasi | % Realisasi |
| 1  | AKI (per 100.000 kelahiran hidup(KH)) | 183               | 189       | 96,72%      |

Grafik 3.3  
Distribusi Angka Kematian Ibu Per Wilayah Provinsi TW I 2024  
Sumber : Longform, SP (2020)

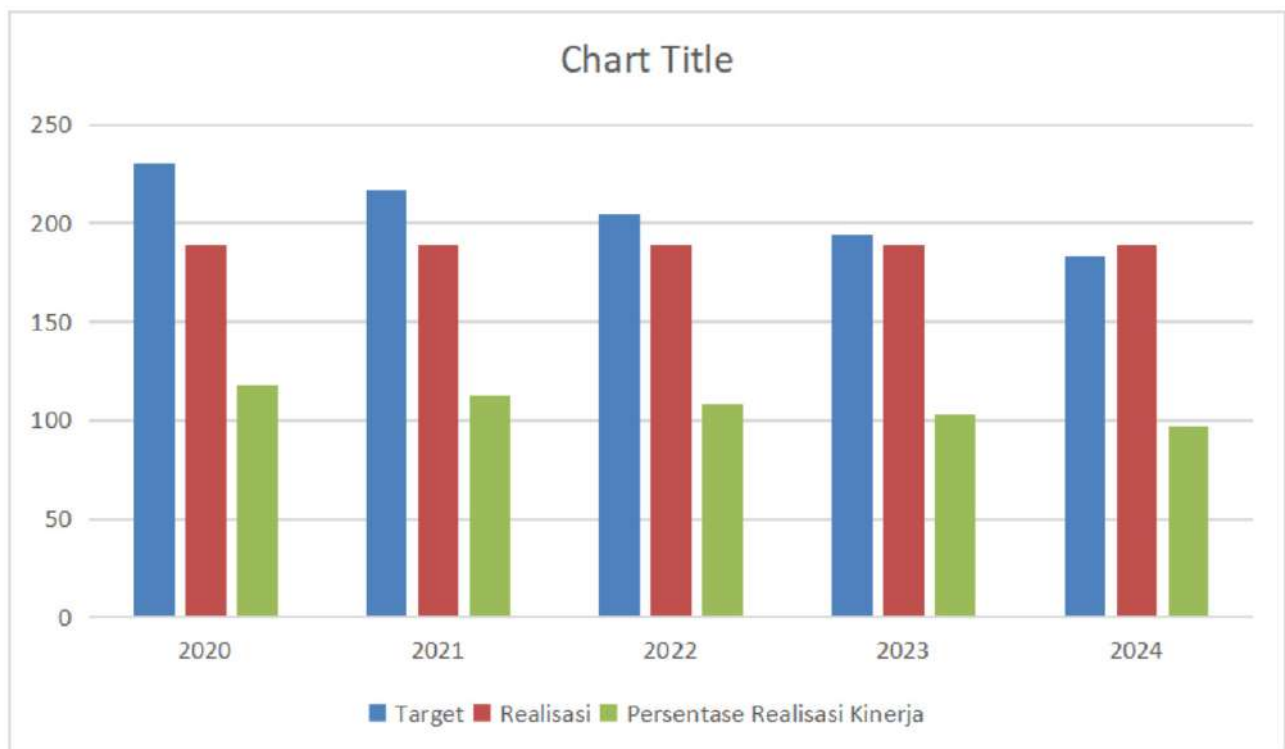


Distribusi angka kematian ibu berdasarkan Long Form SP2020 sebagaimana tampak pada Grafik 3.3 menunjukkan AKI tertinggi masih berada di wilayah timur yaitu Papua Pegunungan dengan angka 638 per 100.000 kelahiran hidup. Disparitas atau kesenjangan tersebut tampak jelas antara provinsi di bagian barat dan timur Indonesia dan menunjukkan pelaksanaan intervensi belum merata dilakukan di setiap daerah.

AKI pada Tahun 2024 masih merujuk kepada hasil Long Form SP2020 yaitu 189 per 100.000 kelahiran hidup, walaupun terdapat perbedaan target AKI dari 2020 sampai dengan 2024, sehingga walaupun realisasi tetap, tetapi karena target terus meningkat maka realisasi kinerja terus menurun.

### Grafik 3.4

Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup



Upaya-upaya yang dilakukan baik lintas program maupun lintas sektor dalam rangka percepatan penurunan angka kematian ibu adalah dengan:

- Kebijakan persalinan di fasilitas kesehatan oleh tim minimal dua orang terdiri dari dokter dan bidan atau dua orang bidan atau bidan dan perawat.
- Penyediaan USG di setiap puskesmas untuk pemeriksaan kehamilan beserta pelatihan USG untuk dokter.
- Penguatan skrining ibu hamil di puskesmas, puskesmas pembantu (pustu) dan posyandu didukung dengan penguatan laboratorium di puskesmas dan kabupaten.
- Pemeriksaan kehamilan sesuai standar paling sedikit enam kali dengan distribusi waktu satu kali pada trimester ke-1, dua kali pada trimester ke-2, tiga kali pada trimester ke-3.
- Pemenuhan sarana prasarana, peralatan dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan ibu dan anak di puskesmas, pustu dan posyandu.
- Kegiatan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, seperti peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dan pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal melibatkan organisasi profesi.
- Pendampingan RSUD oleh RS rujukan dan organisasi profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal.
- Pemberian makan tambahan berbahan pangan lokal bagi ibu hamil kekurangan energi kronis (KEK) dan ibu hamil risiko KEK.
- Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB seperti kerja sama dengan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Riset dan Teknologi untuk peningkatan literasi, skrining anemia pada rematri, pendampingan pemberian tablet tambah darah bagi remaja putri. Kerja sama dengan Kementerian Agama

dalam konsultasi kesehatan bagi calon pengantin dll.

- Pelaksanaan kelas ibu hamil.
- Peningkatan pelaksanaan surveilan kematian ibu melalui MPDN, pelaksanaan AMPSR, Pencatatan Sipil dan Statistik Hayati dengan Kementerian Dalam Negeri.
- Dukungan anggaran melalui menu kegiatan terkait penurunan AKI dan AKB dalam DAK Non Fisik.

Adapun faktor penghambat capaian kinerja indikator AKI, antara lain:

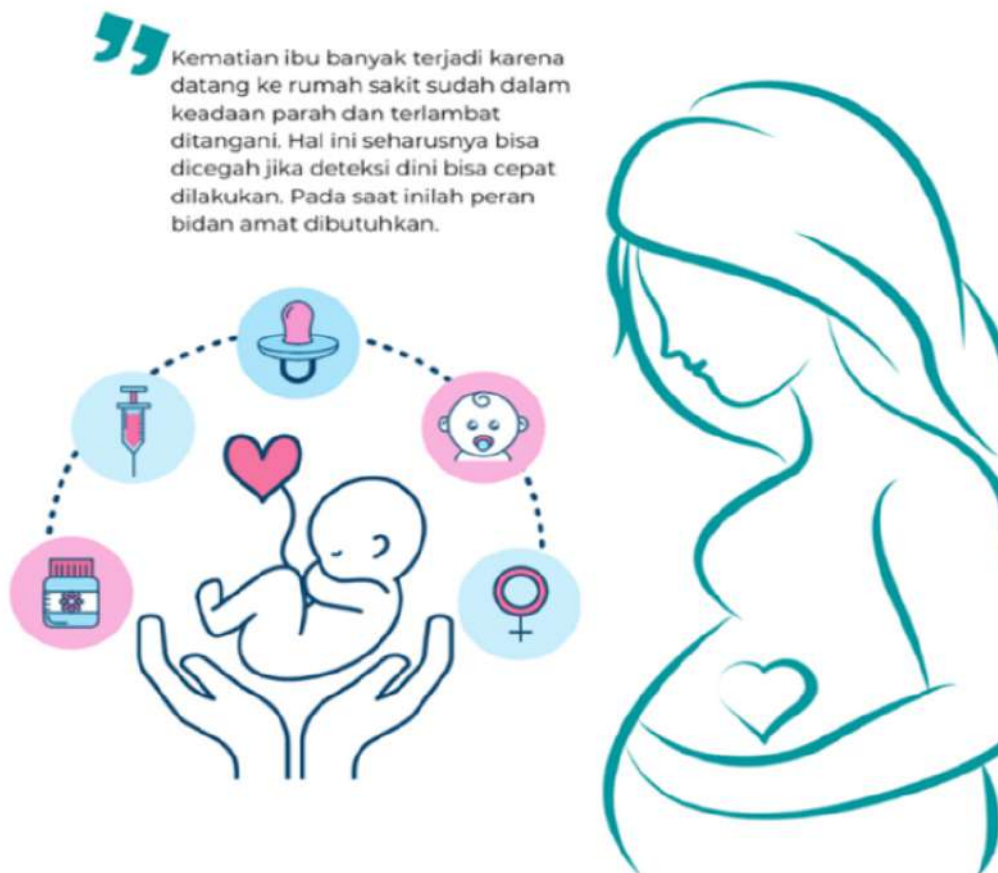
- Distribusi sarana prasarana dan tenaga kesehatan belum merata di seluruh wilayah Indonesia, terutama di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan.
- Perpindahan dan mutasi tenaga kesehatan yang berkompeten dan terlatih sangat tinggi.
- Kondisi geografis yang beragam menjadi tantangan di berbagai wilayah.

Faktor yang mendukung pencapaian Indikator AKI antara lain:

- Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi.
- Dukungan regulasi dan ketersediaan NPSK pelayanan kesehatan ibu dan bayi, di antaranya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebleum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual.
- Dukungan APBN kepada daerah untuk kegiatan terkait untuk percepatan penurunan AKI.
- Penyediaan alat kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan ibu bagi masyarakat antara lain alat USG dua dimensi.

Adapun alternatif solusi dari faktor penghambat tercapainya target indikator AKI antara lain:

- Penguatan koordinasi dan kolaborasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam meningkatkan sinergitas pelaksanaan program penurunan AKI dan AKB.
- Memperkuat kerja sama dengan lintas sektor dalam lingkup nasional maupun internasional dalam mendukung intervensi penurunan AKI dan AKB.
- Memperkuat sistem rujukan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.



<https://gasgus.id/2021/05/26/bidan-berperan-penting-turunkan-angka-kematian-ibu-dan-bayi/>

3.1.3 Angka Kematian Bayi (per 1.000 Kelahiran Hidup)

WHO mendefinisikan Angka Kematian Bayi (AKB) sebagai jumlah meninggalnya bayi yang berusia di bawah 1 (satu) tahun per 1.000 kelahiran yang terjadi dalam kurun satu tahun. Angka ini kerap digunakan sebagai acuan untuk menilai baik-buruknya kondisi ekonomi, sosial, maupun lingkungan di suatu negara.

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

Seperti data AKI, data AKB juga didapat dari survei/riset/sensus/ secara nasional yang dilakukan oleh institusi resmi secara berkala dan diakui oleh pemerintah. Yakni Sensus Penduduk yang dilakukan

10 tahun sekali atau Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (di antara dua sensus penduduk)

Target penurunan AKB per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2024 adalah sebesar 16 dengan realisasi sebesar 16,85 sehingga realisasinya mencapai sebesar 94,68%. Indikator AKB merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga persentase realisasi kinerja didapatkan perhitungan:  $((\text{Target} - (\text{Capaian} - \text{Target}))/T) \times 100\%$ . Capaian pada tahun 2024 akan diambil dari hasil Long Form SP2020 sebesar 16,85 sehingga tren angka kematian bayi adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.5**  
Realisasi Kinerja Indikator AKB (per 1.000 kelahiran hidup)

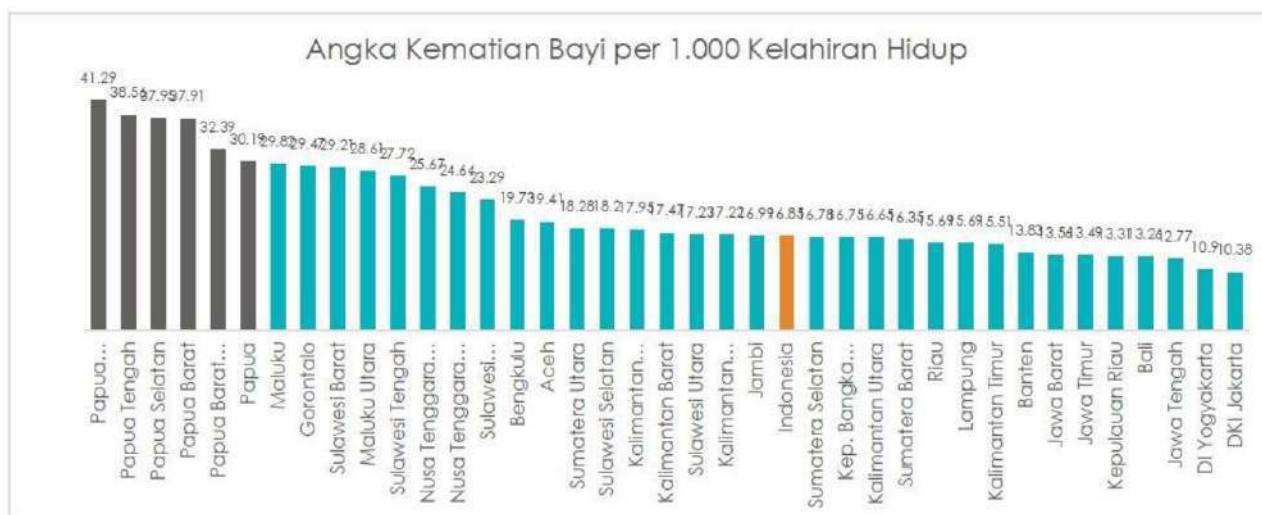
| No | Indikator Kinerja               | Realisasi Kinerja |                |             |
|----|---------------------------------|-------------------|----------------|-------------|
|    |                                 | Target 2024       | Realisasi 2024 | % Realisasi |
| 1  | AKB (per 1.000 kelahiran hidup) | 16                | 16,85          | 94,68       |



### Grafik 3.5

#### Capaian AKB per Provinsi

Sumber : Longform, SP (2020)

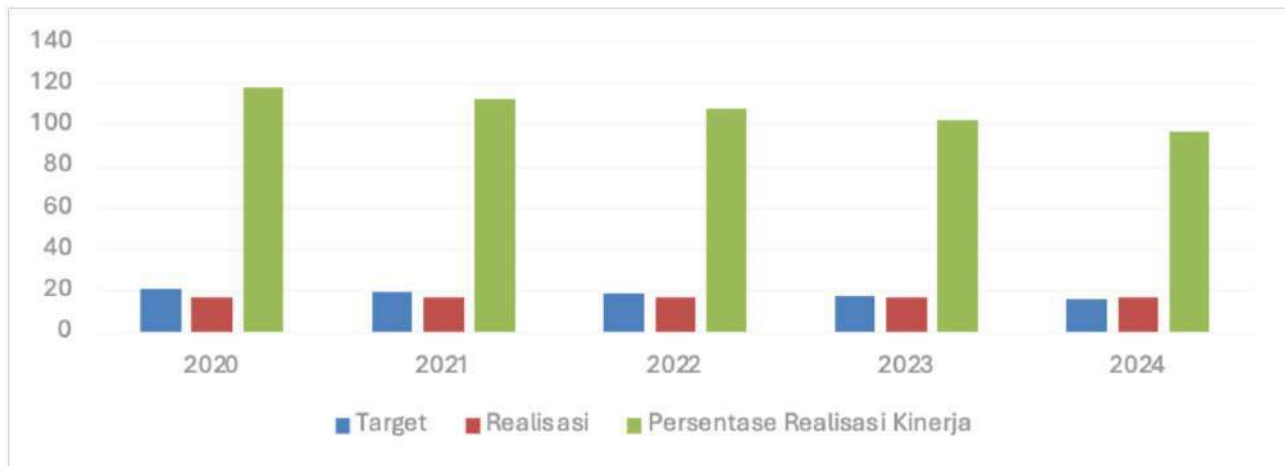


Lima provinsi di wilayah timur Indonesia memiliki AKB tertinggi, yaitu Provinsi Papua Pegunungan, Papua Tengah, Papua Selatan, Papua Barat Daya, dan Papua. Sedangkan Provinsi DKI Jakarta, DIY, Jawa Tengah, Bali, dan Kepulauan Riau menempati tingkat AKB terendah. AKB pada tahun 2024 masih merujuk pada hasil Long Form SP2020 yaitu

16,85 per 1.000 kelahiran hidup. Meski terdapat perbedaan target AKB dari 2020 sampai dengan 2024, sehingga walaupun realisasi tetap, karena target terus meningkat maka realisasi kerja terus menurun.

**Grafik 3.6****Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup**

Sumber : Longform, SP (2020)



Dalam rangka percepatan penurunan AKB upaya yang telah dilakukan adalah sebagai berikut:

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

Faktor penghambat pencapaian kinerja indikator Angka Kematian Bayi (AKB), antara lain:

- Distribusi sarana, prasarana, dan tenaga kesehatan belum merata di seluruh wilayah Indonesia, terutama di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan.
- Perpindahan dan mutasi tenaga kesehatan yang berkompeten dan terlatih sangat tinggi.
- Kondisi geografis yang beragam menjadi tantangan di berbagai wilayah.
- Rendahnya kepatuhan petugas program dalam pelaporan hasil kinerja dan pemahaman pengelola program mengenai indikator program.

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

- Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
- Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
- Dukungan APBN kepada daerah untuk kegiatan terkait untuk percepatan penurunan angka kematian bayi.

Adapun alternatif solusi dari faktor penghambat tercapainya target indikator AKB antara lain:

- Penguatan koordinasi dan kolaborasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam meningkatkan sinergitas pelaksanaan program penurunan AKI dan AKB.
- Penguatan dan pendampingan manajemen data rutin.

### 3.1.4 Prevalensi *Stunting* (pendek dan sangat pendek) (%)

*Stunting* atau tengkes adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada di bawah standar yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan. Hingga saat ini, *stunting* masih termasuk kategori masalah kesehatan masyarakat yang tinggi. Apalagi pandemi COVID-19 telah meningkatkan risiko *stunting* akibat kerawanan pangan dan gizi. *Stunting* rentan terjadi selama periode 1000 hari pertama kehidupan dan berdampak pada pertumbuhan fisik

dan perkembangan kognitif. Dalam jangka panjang, *stunting* meningkatkan risiko penyakit degeneratif ketika dewasa seperti diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular.

Indikator prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) memiliki definisi operasional persentase anak umur 0–59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks berat badan menurut panjang/tinggi badan (BB/TB) memiliki Zscore kurang dari –2 SD. Prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) dihitung dengan formulasi jumlah balita pendek dibagi jumlah balita dikurangi panjang atau tinggi badan dikali 100.

**Tabel 3.6**  
Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi *Stunting*

| No | Indikator Kinerja                                         | Realisasi Kinerja |           |             |
|----|-----------------------------------------------------------|-------------------|-----------|-------------|
|    |                                                           | Target 2024       | Realisasi | % Realisasi |
| 1  | Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) (%) | 14,0              | 21,5      | 65,11       |

Prevalensi *stunting* diambil dari survei nasional terkait status gizi seperti Survei Status Gizi Indonesia ataupun Survei Kesehatan Indonesia.

Tren penurunan *stunting* 2021–2023 sebagaimana grafik berikut:

### Grafik 3.7

Capaian Indikator *Stunting* 2021–2024

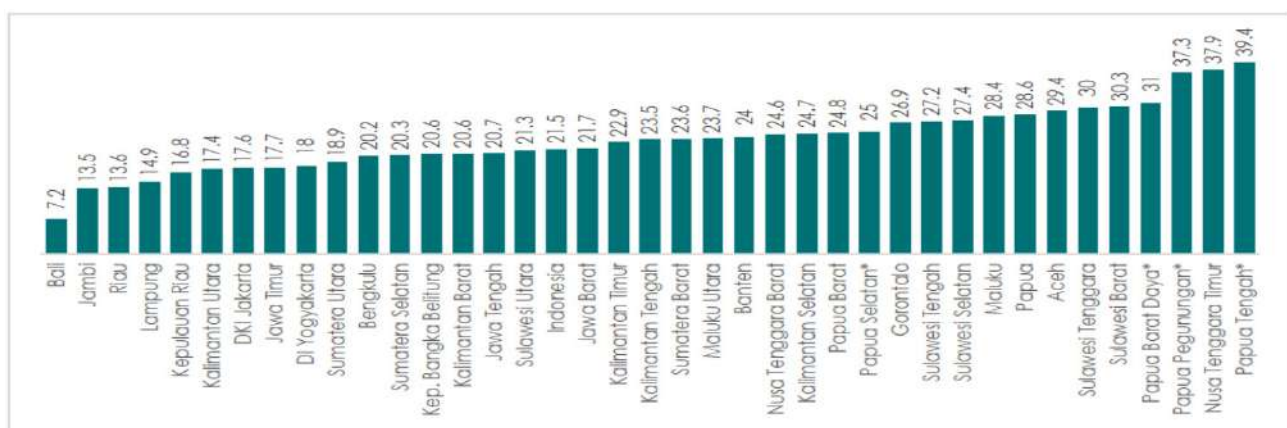


Dalam 10 tahun terakhir, prevalensi stunting telah mengalami penurunan sebesar 15,7%, dari 37,2% di tahun 2013 menjadi 21,5% di tahun 2023. Meskipun demikian, prevalensi stunting belum mencapai target tahun 2024, yaitu 16%.

Adapun sebaran untuk masing masing provinsi sebagaimana grafik berikut:

**Grafik 3.8**  
Prevalensi Balita *Stunting* berdasarkan Provinsi

Sumber : Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023



Lima provinsi dengan prevalensi stunting terbesar berdasarkan SKI 2023 yaitu Papua Tengah, Nusa Tenggara Timur, Papua Pegunungan, Papua Barat Daya dan Sulawesi Barat. Sedangkan lima provinsi terendah berdasarkan SKI 2023 yaitu Bali, Jambi, Riau, Lampung, dan Kepulauan Riau.

Intervensi yang dilakukan dalam penurunan dan pencegahan *stunting* adalah sebagai berikut:

- Penguatan kualitas kesehatan pada remaja melalui program PKPR, deteksi dini masalah gizi pada rematri dan pemberian tablet tambah darah.



- Penguatan deteksi dini permasalahan kesehatan pada calon pengantin.
- Penguatan program kesehatan ibu hamil dalam mencegah *stunting*, melalui peningkatan kualitas deteksi dini pada ibu hamil.
- Penguatan program pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir termasuk deteksi dini masalah pertumbuhan dan perkembangan pada bayi baru lahir.
- Penguatan program deteksi dini masalah pertumbuhan dan perkembangan pada balita.
- Peningkatan kegiatan promosi kesehatan di antaranya Aksi Bergizi atau Germas, dll.

Intervensi juga didukung dengan pelaksanaan edukasi bagi seluruh kelompok sasaran yang dilaksanakan secara masif dengan menggunakan berbagai platform media antara lain media sosial, TV nasional, TV lokal, media luar ruang di lokasi strategis, dan transportasi publik seperti commuterline dan bus umum. Kampanye juga dilakukan untuk mendukung penyebaran informasi kesehatan terkait *stunting*. Peningkatan peran lintas sektor (koordinasi juga terus dilaksanakan dengan lintas kementerian/lembaga, pemerintah daerah, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, akademisi serta dunia usaha) dengan harapan saling mendukung untuk bergerak menurunkan prevalensi *stunting* di Indonesia. Lima gerakan cegah *stunting* yang dilakukan di antaranya Aksi Bergizi, Bumil Sehat, Aktifkan Posyandu, Jambore Kader dan Cegah *Stunting* Itu Penting.

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

- Komitmen setiap program dan sektor serta instansi hingga masyarakat yang terlibat masih perlu diperkuat kembali.
- Koordinasi dengan lintas sektor di lapangan dalam mendukung intervensi spesifik *stunting*.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Strategi nasional penanggulangan *stunting* sudah diformulasikan mulai dari pusat hingga daerah, yang didukung dengan penganggaran yang cukup untuk pelaksanaan intervensi sensitif dan spesifik, peningkatan kapasitas sumber daya kesehatan, hingga pemenuhan sarana dan prasarana yang berkualitas dan terstandar di seluruh puskesmas dan posyandu.
- Dukungan kegiatan dari lintas program dan lintas sektor untuk menurunkan *stunting* dalam pencapaian target.
- Kegiatan intervensi gizi sensitif yang dilakukan oleh sektor non kesehatan ditujukan untuk mengatasi masalah tidak langsung dari masalah gizi.
- Penguatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dan integrasi program terutama untuk mengatasi penyebab langsung masalah gizi.

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

- Peningkatan pengetahuan mengenai pentingnya gizi dan kesehatan kepada lintas sektor dan program.
- Peningkatan pengetahuan kapasitas tenaga pelaksana gizi dalam program pencegahan *stunting* dan pemantauan tumbuh kembang.
- Pendampingan rutin implementasi gizi spesifik di provinsi dengan jumlah balita *stunting* terbanyak dan prevalensi balita *stunting* tertinggi.
- Pemantauan berkala dan berjenjang oleh pemerintah pusat, dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota terhadap intervensi spesifik *stunting*.

**Gambar 3.2**  
Percepatan Penurunan Stunting Membutuhkan Peran Lintas Sektor; Peran Aktif Pemda, Organisasi Kemasyarakatan, Swasta, dan Organisasi Keagamaan.



**3.1.5 Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)**

Indikator *wasting* (gizi kurang dan gizi buruk) pada balita dilihat berdasarkan persentase anak umur 0–59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks berat badan menurut panjang/tinggi badan (BB/TB) memiliki Z-score kurang dari -2

SD. Angka prevalensi tersebut didapatkan dari pembagian jumlah balita gizi kurang dan gizi buruk dan jumlah balita diukur berat badan dan panjang/tinggi badan kemudian dikali 100%.

**Tabel 3.7**  
Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi *Wasting*

| No | Indikator Kinerja                                                  | Realisasi Kinerja |           |             |
|----|--------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|-------------|
|    |                                                                    | Target 2024       | Realisasi | % Realisasi |
| 1  | Prevalensi <i>Wasting</i> (kurus dan sangat kurus) pada balita (%) | 7,0               | 8,5       | 82,35       |

Prevalensi *wasting* berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 belum mencapai target RPJMN tahun 2024 sebesar 7%.

Adapun tren besaran masalah *wasting* dalam 10 tahun terakhir adalah sebagai berikut:

**Grafik 3.9**

Capaian Indikator *Wasting* 2022–2024

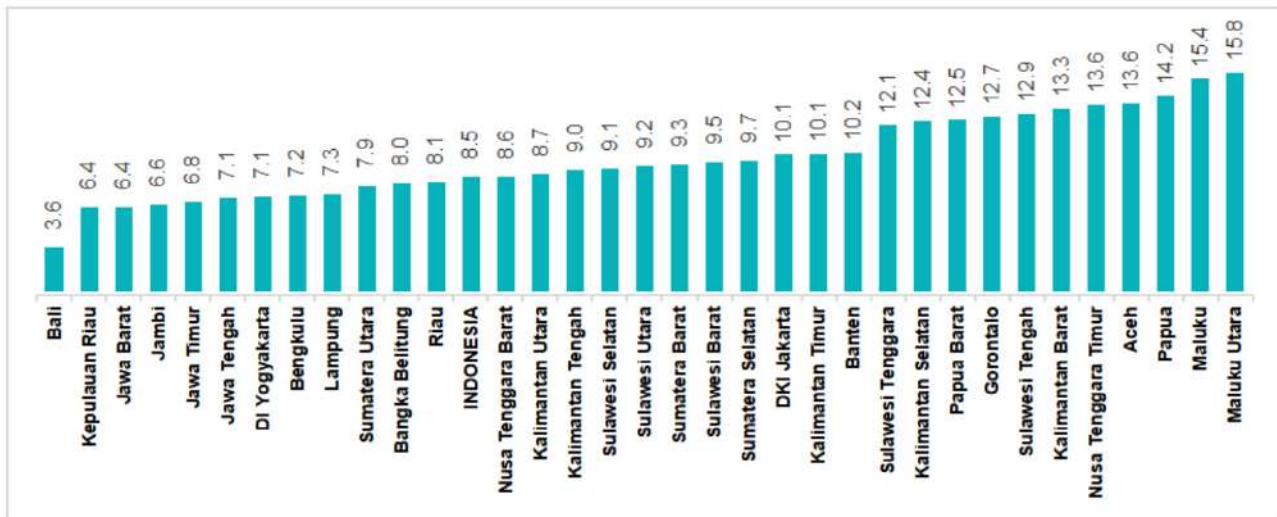


Secara umum, terdapat penurunan prevalensi *wasting* di tingkat nasional, dimulai dari 12,1% pada tahun 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2023. Akan tetapi, prevalensi tersebut justru lebih tinggi dibandingkan beberapa tahun sebelumnya.

Prevalensi balita *wasting* berdasarkan provinsi dapat dilihat dari grafik berikut:

**Grafik 3.10**  
Prevalensi Balita *Wasting* Per Provinsi

Sumber : Data SKI Tahun 2023



Dari 38 provinsi, hanya 5 provinsi yang berada di bawah target batas RPJMN (7%), yaitu Provinsi Bali, Kepulauan Riau, Jawa Barat, Jambi, dan Jawa Timur.

1. Diet yang tidak adekuat dan kerawanan pangan berkontribusi terhadap status gizi.
  - a. Akses ekonomi (keterjangkauan) pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan adalah penyebab utama kerawanan pangan.
  - b. Pengeluaran untuk makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar cenderung diproses
  - c. Status kesehatan, akses yang tidak memadai ke pelayanan kesehatan, dan air dan sanitasi, terkait status gizi.
  - d. Akses ekonomi (keterjangkauan) pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan adalah penyebab utama kerawanan pangan.
  - e. Pengeluaran untuk makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar cenderung diproses.
  - f. Status kesehatan, akses yang tidak memadai ke pelayanan kesehatan, dan air dan sanitasi, terkait status gizi.
7. Pemberian makan pada bayi dan anak dan asupan makanan ibu yang tidak adekuat serta praktik perawatan ibu dan pengasuhan anak yang suboptimal.
8. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita masih belum optimal dalam aspek persiapan, pelaksanaan, dan pelaporan. Hal ini termasuk belum optimalnya kapasitas petugas serta sarana dan prasarana pendukung,
9. Faktor lainnya seperti perekonomian yang berubah, perubahan iklim, demografi, relasi gender, keyakinan sosial dan budaya di Indonesia menawarkan peluang serta ancaman

terhadap gizi.

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

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

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

- Peningkatan pengetahuan terkait pemenuhan gizi masyarakat melalui pemanfaatan pangan lokal guna mendukung pemenuhan makanan tambahan bagi balita gizi kurang dan ibu hamil kurang energi kronis.
- Peningkatan kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM) dalam menyelenggarakan program dan intervensi gizi.
- Peningkatan kualitas layanan, termasuk sarana dan prasarana, standar pelayanan, dan pelaksanaan evaluasinya.



- Penguatan Edukasi serta Penguatan Manajemen Intervensi Gizi di Puskesmas dan Posyandu.
- Pemantauan berkala dan berjenjang oleh pemerintah pusat, dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota terhadap intervensi spesifik *stunting*.

### 3.1.6 Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)

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

Indikator Insidensi HIV dihitung dari jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi berumur diatas 15 tahun, dibagi jumlah penduduk berusia diatas 15 tahun yang belum terkena infeksi HIV (*population at risk*), dalam kurun waktu tertentu, dikali 1000. Insiden HIV diperoleh dari hasil perhitungan *AIDS Epidemic Modelling* (AEM) dengan memanfaatkan model statistik menggunakan data estimasi jumlah populasi berisiko, yang diperoleh melalui perhitungan matematis dengan sumber data antara lain 1) data pemetaan populasi kunci; 2) data

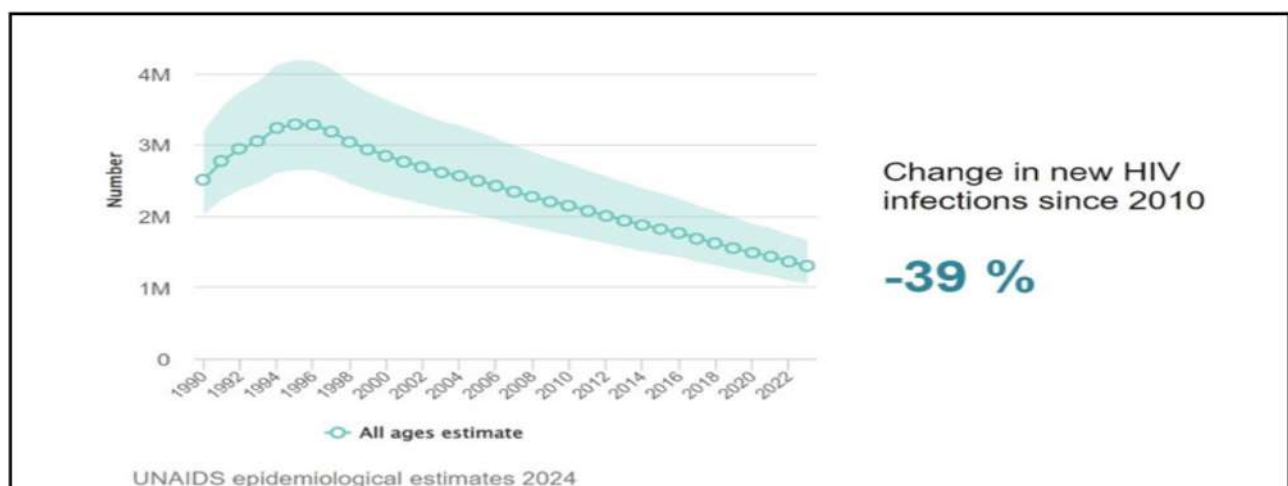
cakupan program, yaitu cakupan pengobatan dan pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA); serta 3) data sosial kependudukan, yang kemudian dipadankan dengan data demografi, Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP), dan data asumsi epidemiologi. Dikarenakan membutuhkan data program sebagai salah satu sumber data, hasil perhitungan insiden HIV hanya menghasilkan angka proyeksi pada tahun berjalan yang perlu dilakukan perhitungan ulang di tahun selanjutnya dengan melakukan pembaharuan perhitungan menggunakan data program tahun bersangkutan.

Penentuan angka insiden HIV pada populasi dapat memantau epidemi, memperbaiki target populasi yang akan diintervensi, dan mengevaluasi efektivitas program pencegahan dan pengobatan. Berdasarkan UNAIDS estimasi epidemiologi tahun 2024, infeksi baru di dunia menurun sampai dengan 39% dari 2,1 juta di tahun 2010 menjadi 1,3 juta pada tahun 2023, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

#### Grafik 3.11

#### Estimasi Jumlah Infeksi Baru HIV Global

Sumber: UNAIDS Epidemiological estimates 2024



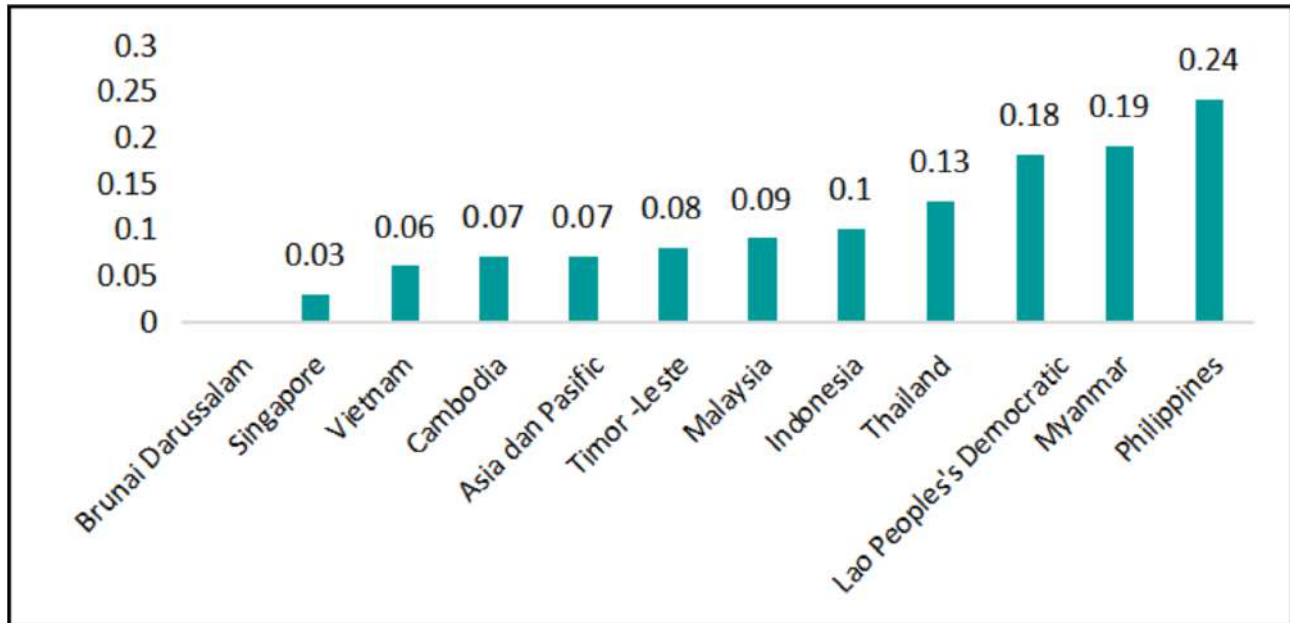
Penurunan infeksi baru di dunia ini sejalan dengan penurunan insidensi HIV di wilayah Asia Pasifik pada tahun 2023 yaitu menjadi sebesar 0,07 per 1000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV. Jika dibandingkan insidensi HIV antar negara ASEAN,

Indonesia telah berhasil mengendalikan kasus baru 0,10 kasus per 1000 penduduk tidak terinfeksi, seiring dengan Kamboja, Malaysia, Timor Leste, dan Vietnam.

### Grafik 3.12

#### Capaian Insiden HIV pada Negara ASEAN Tahun 2023

Sumber: UNAIDS, 2023 (\* Brunei Darussalam tidak melaporkan)



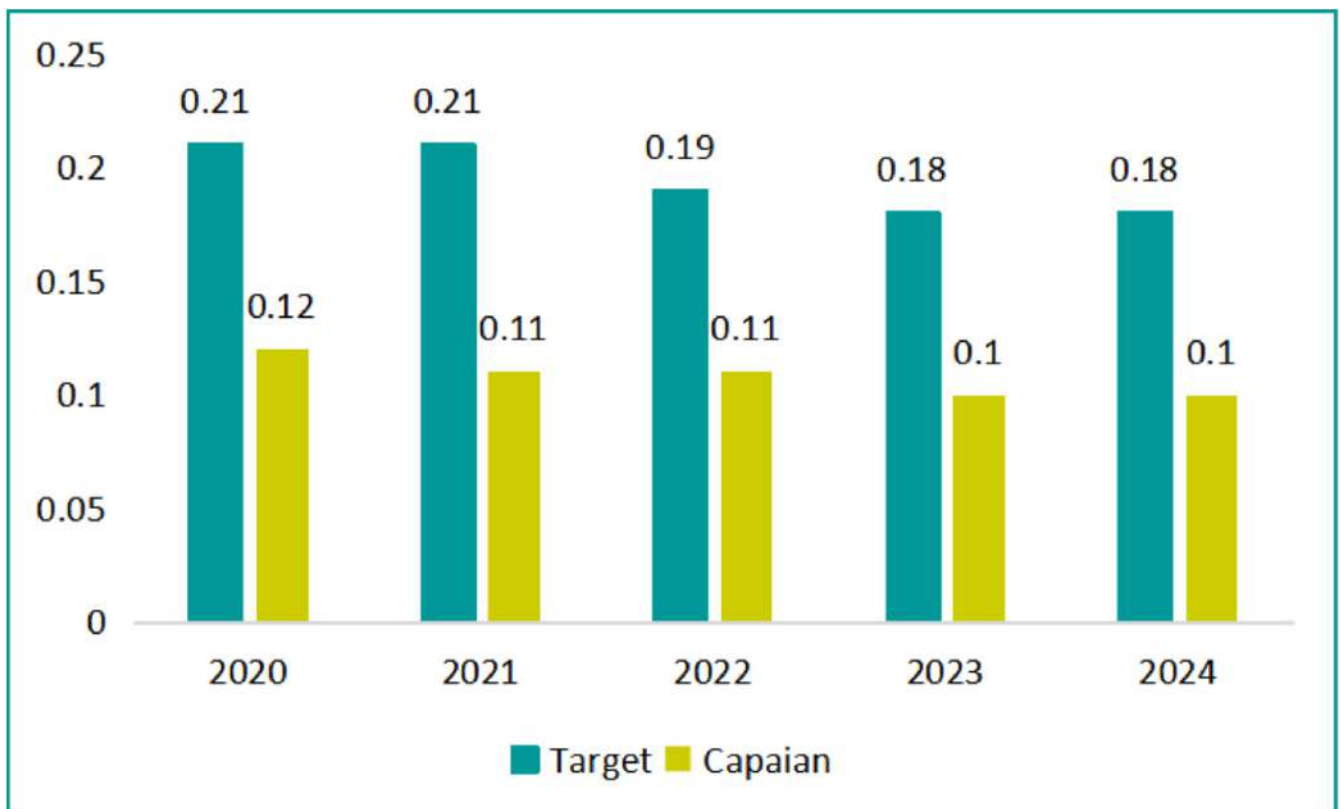
Di Indonesia, tren pencapaian indikator insiden HIV menunjukkan penurunan yang signifikan sejak tahun 2015. Hasil pemodelan menggunakan *AIDS Epidemic Model* (AEM) dan spektrum menunjukkan proyeksi capaian insiden HIV tahun 2024 sebesar 0.10 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV. Bila dibandingkan dengan target tahun 2024,

yakni sebesar 0.18 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV maka capaian insidensi HIV tahun 2024 telah melebihi target dengan capaian kinerja sebesar 144.44%. Grafik berikut ini menunjukkan angka insidensi HIV di Indonesia telah mencapai target tahun 2020–2024

### Grafik 3.13

#### Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2020–2024

Sumber: *AIDS Epidemic Model* (AEM)



Grafik di atas menunjukkan target insidensi HIV tercapai sejak tahun 2020–2024 dan selama lima tahun target telah tercapai. Penurunan insidensi HIV sejalan dengan peningkatan capaian ODHIV yang mendapatkan pengobatan ARV yang cukup signifikan dari tahun ketahun baik di tingkat global maupun nasional. Pada tingkat global, capaian pengobatan HIV meningkat secara signifikan dari 26,2 juta pada tahun 2020 menjadi 30,7 juta tahun

2023. Di Indonesia data sampai bulan Oktober 2024, ODHIV on ART terdapat peningkatan yaitu dari 45% pada tahun 2023 menjadi 64% pada tahun 2024. Peningkatan ODHIV on ART ini sejalan dengan penerapan kebijakan test and treat pada tahun 2018, di mana ODHIV dianjurkan untuk inisiasi pengobatan ARV sesegera mungkin yakni maksimal tujuh hari dari hasil tes diketahui.

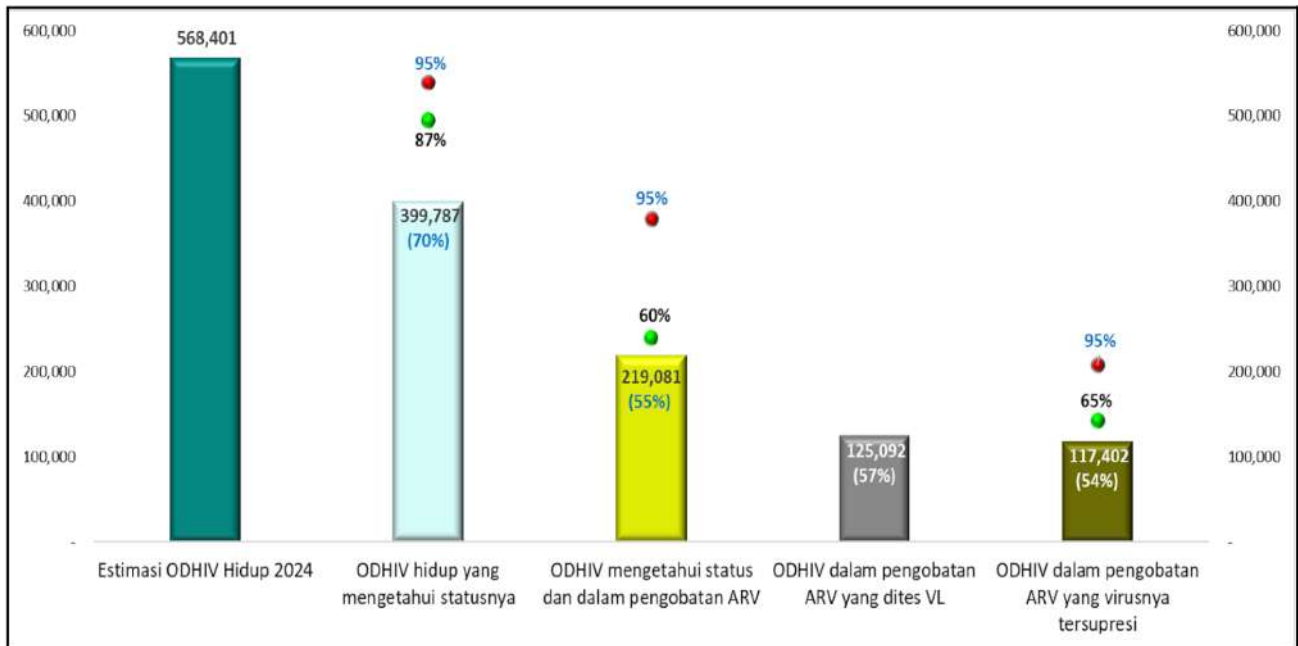
Kementerian Kesehatan berkomitmen mengakhiri endemi HIV pada tahun 2030 melalui upaya penanggulangan HIV-AIDS dengan percepatan 95-95-95, artinya mencapai target indikator 95% estimasi ODHIV hidup diketahui status HIV-nya,

95% ODHIV tahu status sedang pengobatan dan 95% ODHIV yang diobati mengalami supresi virus. Perkembangan capaian 95-95-95 tahun 2024 digambarkan dalam grafik di bawah ini:

### Grafik 3.14

#### Perkembangan Menuju Target 95-95-95 Tahun 2024

Sumber: SIHA per 5 Januari 2025



Grafik di atas menunjukkan estimasi ODHIV yang hidup pada tahun 2024 sebanyak 568.401 ODHIV hidup dan mengetahui statusnya sebanyak 344.099 (61%), ODHIV mengetahui status dan sedang mendapat pengobatan ARV sebanyak 219.081 (64%) dan ODHIV sedang dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan hasil virusnya tersupresi sebanyak 117.402 (54%). Bila dibandingkan dengan target nasional 2024 yaitu 87%- 87%- 87% maka masih terdapat tantangan dalam mencapai ketiga target tersebut. Untuk menutup kesenjangan dalam respons HIV, berikut tindakan kunci yang perlu dilakukan:

#### 1. Melakukan Dorongan Baru untuk Program Pencegahan HIV

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

## 2. Mewujudkan Hak Asasi Manusia dan Kesenjangan Gender

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

## 3. Mendukung dan Mendanai Respons yang Dipimpin Komunitas (Community-Led Monitoring/CLM) Secara Efektif

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

## 4. Menjamin Pembiayaan yang Cukup dan Berkelanjutan

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

## 5. Mengatasi Ketidaksetaraan

Dalam akses dan hasil pencegahan, tes dan pengobatan HIV, dan menutup kesenjangan yang ada di daerah tertentu dan untuk kelompok tertentu. Dalam latar yang beragam, negara dan komunitas mengambil tindakan untuk mengakhiri ketidaksetaraan dan menutup kesenjangan. Membangun momentum ini, para pemangku kepentingan perlu memanfaatkan data yang lebih baik dan lebih terperinci untuk membidik ketidaksetaraan yang memperlambat kemajuan.

Beberapa pendekatan strategi utama dalam pengendalian HIV, AIDS dan PIMS telah dilakukan di Indonesia yakni antara lain:

1. Penguatan komitmen kementerian dan lembaga di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota, meliputi:
  - a. Penyusunan target mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan PIMS daerah dengan mengacu pada target mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan PIMS nasional
  - b. Penyediaan anggaran yang memadai untuk penanggulangan HIV, AIDS, dan PIMS
2. Peningkatan dan perluasan akses masyarakat ke layanan skrining, diagnostik, dan pengobatan HIV, AIDS, dan PIMS yang komprehensif dan bermutu, meliputi:
  - a. Penyediaan layanan yang komprehensif dan bermutu dalam penatalaksanaan HIV, AIDS, dan PIMS;
  - b. Penemuan kasus dan penatalaksanaan melalui perluasan layanan testing;
  - c. Penelusuran ODHIV loss to follow-up (LFU) oleh kader dan penjangkau di komunitas atau LSM yang ada;
  - d. Pelibatan organisasi profesi terkait untuk menjamin pemberian pelayanan sesuai standar dan bermutu;
  - e. Optimalisasi jejaring layanan HIV, AIDS, dan



PIMS di fasyankes milik pemerintah dan swasta (pelibatan swasta);

- f. Meningkatkan koordinasi dan kolaborasi dalam pendampingan dan penjangkauan skrining dan testing HIV pada populasi kunci;
  - g. Mengoptimalkan mobile clinic dan klinik berbasis komunitas untuk mendekatkan akses skrining, testing, dan pengobatan;
  - h. Integrasi layanan konseling dan testing (KT) dengan layanan perawatan dukungan dan pengobatan (PDP) HIV agar ODHIV mendapatkan akses lebih mudah untuk testing, KIE, dan memulai pengobatan, serta meningkatkan compliance;
  - i. Memperkuat jejaring pelayanan;
  - j. Pelaksanaan sistem rujukan pasien HIV, AIDS, dan PIMS yang komprehensif dan tidak terputus;
  - k. Pembinaan teknis dan supervisi
3. Intensifikasi kegiatan promosi kesehatan, pencegahan penularan, surveilans, serta penanganan kasus HIV, AIDS, dan PIMS, meliputi:
- a. Promosi kesehatan (nakes, kader masyarakat, komunitas/pembimbing sebaya) dengan menjangkau semua komponen sesuai siklus hidup baik media konvensional maupun media sosial);
  - b. Pencegahan penularan dan mendorong penerapan perilaku aman dan tidak berisiko;
  - c. Melakukan konseling dalam rangka perubahan perilaku dan pencegahan HIV dan IMS;
  - d. Melaksanakan edukasi;
  - e. Melakukan penatalaksanaan PIMS;
  - f. Melakukan pengurangan dampak buruk
- bagi pengguna napza suntik;
- g. Melaksanakan pencegahan penularan HIV dan sifilis dari ibu ke bayinya dimulai dari deteksi dini/skrining HIV dan sifilis pada ibu hamil trimester pertama;
  - h. Pemberian ARV profilaksis;
  - i. Melaksanakan penerapan kewaspadaan standar (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) di fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Penguatan, peningkatan, dan pengembangan kemitraan dan peran serta lintas sektor, swasta, organisasi kemasyarakatan/komunitas, masyarakat dan pemangku kepentingan terkait, meliputi:
- a. Pembentukan wadah dan memperkuat kemitraan;
  - b. Mendorong keterlibatan lintas sektor, swasta, organisasi kemasyarakatan/komunitas, masyarakat dan pemangku kepentingan terkait dalam penanggulangan HIV, AIDS, dan PIMS mulai dari perencanaan, pendanaan, dan pelaksanaan, serta pemantauan dan evaluasi dalam rangka peningkatan sumber daya yang dibutuhkan.
5. Peningkatan kajian dan pengembangan kebijakan yang mendukung program penanggulangan HIV, AIDS, dan PIMS, meliputi:
- a. Pelaksanaan kajian dan pengembangan kebijakan di bidang penanggulangan<sup>24</sup> | Lakip Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Semester I Tahun 2024 HIV, AIDS, dan PIMS;
  - b. Fasilitasi kajian dan pengembangan kebijakan untuk mendukung penanggulangan HIV, AIDS, dan PIMS.
6. Penguatan manajemen program melalui pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut, meliputi:
- a. Penguatan fungsi perencanaan dan

pemantauan program, termasuk perencanaan dan monitoring ketersediaan logistik sesuai kebutuhan/rencana;

serta pengembangan dan peningkatan kemampuan SDM.

- b. Penguatan kapasitas sumber daya manusia dalam pengelolaan program penanggulangan HIV, AIDS, dan PIMS. Perencanaan kebutuhan sesuai dengan jenis, jumlah, dan standar kebutuhan

Meskipun insidensi HIV tahun 2024 telah tercapai, dalam pencapaian target ditemukan beberapa permasalahan utama dan tindak lanjut untuk menyelesaikan masalah yakni:

**Tabel 3.8**

Tantangan dan Upaya Tindak Lanjut Program HIV AIDS dan PIMS

| No | Permasalahan Utama                                  | Penyebab                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Upaya Tindak Lanjut                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Sebanyak 34% ODHIV hidup belum mengetahui statusnya | <p>a. Penemuan kasus HIV (terutama pada populasi kunci, populasi khusus) tahun 2024 baru mencapai 75%</p> <p>b. Capaian tes HIV ibu hamil belum mencapai target, baru mencapai 57%</p> <p>c. ODHIV yang dilakukan notifikasi pasangan dan anak (NPA) baru mencapai 69,63%.</p> <p>d. Tidak semua kab/kota memiliki komunitas untuk penjangkauan, pendampingan dan penemuan kasus HIV dan PIMS.</p> | <p>a. Skrining dan testing melalui kolaborasi public private community partnership (PPCP). Tahun 2025 Implementasi PPCP akan dilaksanakan di 34 provinsi/ 130 kab/kota</p> <p>b. Pertemuan evaluasi PPIA dan IMS (38 Provinsi) hybrid.</p> <p>c. Koordinasi PPIA dengan lintas program, mitra dan komunitas terkait (Pertemuan Demo site PPIA 14 Provinsi).</p> <p>d. Peningkatan skrining HIV berbasis komunitas (SHBK) dan Integrasi NPA dengan SHBK dengan melakukan pertemuan Monev NPA di 38 Provinsi.</p> <p>e. Penguatan/pembinaan NPA di 3 provinsi.</p> <p>f. Pemanfaatan dana APBN dan APBD untuk penjangkauan populasi kunci dan pembentukan kader.</p> |

| No | Permasalahan Utama                                                   | Penyebab                                                                                                                                                                                                                     | Upaya Tindak Lanjut                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2  | Sebanyak 31 % ODHIV hidup tahu status tidak dalam pengobatan ARV     | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Masih tinggi retensi pengobatan ARV</li> <li>b. Masih ada ODHIV yang menunda untuk pengobatan ARV</li> <li>c. Baru 5.832 fasyankes yang mampu memberikan pengobatan HIV</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Layanan Extra Hour</li> <li>b. Pembentukan layanan PoC (Point of Care) di 23 kab/ kota</li> <li>c. Sosialisasi panduan praktis penelusuran ODHIV LFU</li> <li>d. Melaksanakan penelusuran kasus bagi ODHIV LFU di semua layanan HIV</li> <li>e. Pelaksanaan ARV Multi - month dispensing (MMD) di 38 Provinsi</li> <li>f. Workshop test and treat HIV dalam rangka perluasan layanan PDP di 100 layanan HIV tahun 2025</li> <li>g. Perluasan Layanan PrEP 95 kab/kota pada tahun 2024 dan 35 kab/kota tahun 2025</li> </ul> |
| 3  | Baru 54 % ODHIV dalam pengobatan yang tes VL dengan hasil tersupresi | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeriksaan Viral Load untuk ODHIV belum optimal</li> <li>b. Terdapat 43 % ODHIV dalam pengobatan yang tidak tes VL</li> </ul>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>c. a. Penguatan Jejaring Lab VL dan transport specimen</li> <li>d. Pemanfaatan penggunaan mesin TCMTB untuk Pemeriksaan Viral Load</li> <li>e. Monev rutin Dinkes Prov/ Kab/Kota terkait pelaporan pelaksanaan tes viral load secara berkala.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                       |

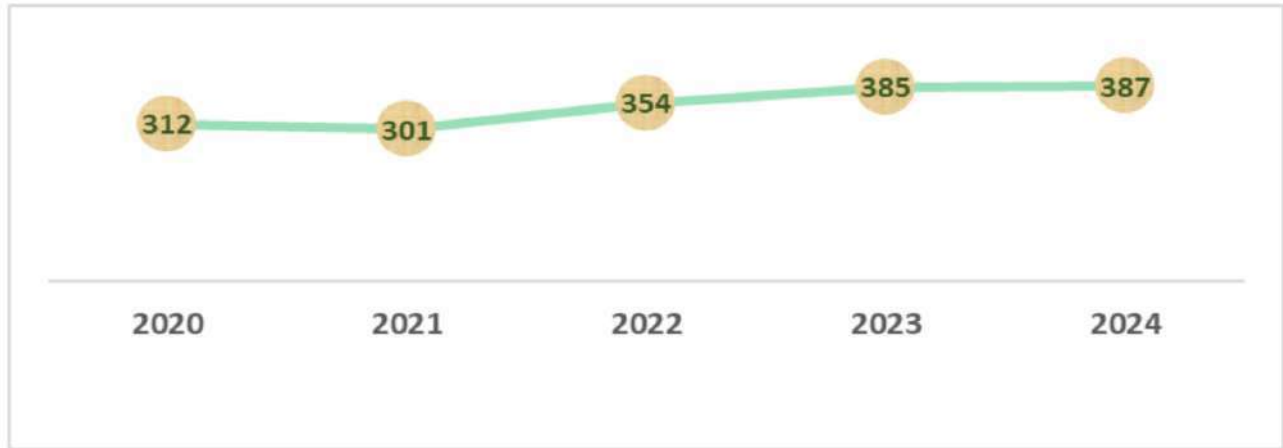
### 3.1.7 Insidensi Tuberkulosis (per 100.000 Penduduk)

Tuberkulosis (TB/TBC) adalah penyakit yang dapat dicegah dan diobati. Di tahun 2023, TB menempati peringkat ke-2 penyebab kematian tertinggi dari agen infeksius tunggal setelah COVID-19. Oleh karena itu, diperlukan tindakan mendesak untuk mengakhiri epidemi global TBC pada tahun 2030, yang sudah diadopsi dan disepakati oleh semua negara anggota PBB dan WHO. Merujuk pada laporan Global Tuberculosis Report (GTR) tahun 2024, diperkirakan lebih dari 10 juta orang di dunia terinfeksi tuberkulosis dan jumlahnya sudah melambat dan mulai stabil.<sup>27</sup> | Lakip Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Semester 1 Tahun 2024 Pada tahun 2023, jumlah total kasus insiden TB sebesar 10,8 juta orang. Sedikit meningkat dari 10,7 juta pada tahun 2022, meskipun masih jauh lebih tinggi dari 10,4 juta pada tahun 2021 dan 10,1 juta pada tahun 2020. Sebagian besar peningkatan kasus insiden TB secara global antara tahun 2022 dan 2023 mencerminkan pertumbuhan populasi. Angka insiden TB pada tahun 2023 adalah 134 kasus per 100.000 penduduk, peningkatan yang sangat kecil (0,2%) dibandingkan dengan tahun 2022. Sebagian besar orang yang terkena penyakit TB berada di 30 negara dengan beban TB tinggi, yang mencakup 87% dari total global pada tahun 2023. Lima negara mencakup 56% dari total di seluruh dunia berturut-turut yakni India (26%), Indonesia (10%), Tiongkok (6,8%), Filipina (6,8%) dan Pakistan (6,3%). Pada tahun 2023, 55% orang yang terkena TB adalah laki-laki, 33% adalah perempuan dan 12% adalah anak-anak dan remaja muda. Estimasi insiden TB Indonesia tahun 2023 sebesar 1.090.000 atau 387 per 100.000 penduduk. TB-HIV sebesar 25.000 kasus per tahun atau 8,8 per 100.000 penduduk. Kematian karena TB diperkirakan sebesar 125.000 atau 44 per 100.000 penduduk dan kematian TB-HIV sebesar 6.200 atau 2,2 per 100.000 penduduk.

Insidensi TB tidak diperoleh dari laporan melainkan dari survei, yakni 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 GTR tahun berikutnya. Sehingga capaian tahun ini adalah capaian insidensi TBC tahun sebelumnya. Insidensi tahun 2024

menunjukkan insidensi TB pada tahun 2023. Rumus perhitungan insidensi TB adalah jumlah semua kasus TB pada waktu tertentu dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang sama kemudian dikali 100.000.

Berdasarkan insiden TB tahun 2000–2020 terjadi penurunan estimasi insiden TB dan angka kematian TB meskipun tidak terlalu besar. Kemudian sebagai akibat dari pandemi COVID-19, pada tahun 2020–2023 terjadi peningkatan insiden TB. Estimasi insiden TB tahun 2022 meningkat 9% dari tahun 2021 dengan jumlah absolut kasus TB tahun 2022 sebanyak 1.060.000 kasus, sementara pada tahun 2023 meningkat 3% dari tahun 2022, dengan jumlah absolut tahun 2023 sebanyak 1.090.000 kasus. Selanjutnya angka kematian TB mengalami penurunan 7% pada tahun 2022 yakni sebanyak 134.000 kematian dan 2023 sebanyak 125.000 kematian. Estimasi kasus TB Multidrug Resistant (MDR)/Rifampicin Resistant (RR) tahun 2022 mengalami kenaikan 11% dibandingkan tahun 2021 dengan jumlah kasus sebanyak 31.000 kasus pada tahun 2022 dan tahun 2023 menurun 3% dibandingkan tahun 2022 dengan jumlah 30.000 kasus. Berdasarkan estimasi insiden TB sebesar 1.090.000 kasus, notifikasi kasus TB tahun 2023 sebesar 821.200 kasus (74%); atau masih terdapat 26% yang belum ternotifikasi; baik yang belum terjangkau, belum terdeteksi maupun tidak dilaporkan. Estimasi kasus TB MDR/RR tahun 2023 sebesar 30.000 dengan jumlah penemuan kasus TB MDR/RR sebesar 12.482 dengan cakupan 40%.

**Grafik 3.15****Insiden Tuberkolosis Indonesia Tahun 2020–2024***Sumber: Global TB Report, 2024*

Grafik di atas menunjukkan peningkatan insidensi TB setiap tahunnya yakni sebesar 312 per 100.000 penduduk pada tahun 2020 dan 301 per 100.000 penduduk pada tahun 2021. Seiring terjadinya pandemi COVID-19, insidensi TB meningkat menjadi 354 per 100.000 penduduk pada tahun 2022, kemudian meningkat lagi pada tahun 2023 menjadi 385 per 100.000 dan angka ini telah melampaui insidensi TB pada tahun 2000.

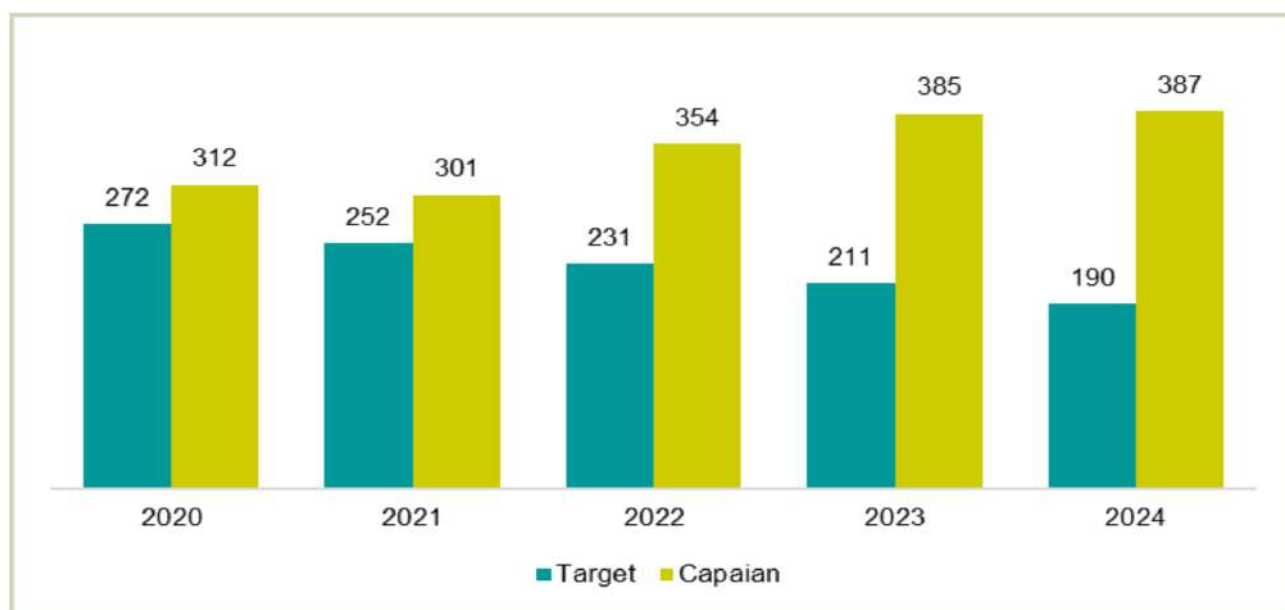
Pada 2024 insidensi TB meningkat menjadi 387 per 100.000 penduduk. Meningkatnya insidensi TB ini bukan saja menunjukkan tidak tercapainya target tapi juga menunjukkan semakin banyaknya kasus TB di masyarakat sehingga perlu dilakukan kegiatan penemuan dan pengobatan kasus yang bersifat aktif dan masif. Tren capaian target insidensi digambarkan dalam grafik di bawah ini:



### Grafik 3.16

#### Target dan Capaian Insidensi TB di Indonesia Tahun 2020–2024

Sumber: Laporan Tim Kerja TBC, Global TB Report 2024



Indikator ini adalah indikator negatif yang artinya jika semakin besar realisasi maka semakin rendah capaian kinerjanya dan sebaliknya jika semakin kecil realisasi maka semakin tinggi capaian kinerjanya. Grafik di atas menunjukkan bahwa tren capaian insidensi TB tahun 2020–2024 tidak tercapai karena insidensi TB yang ditargetkan untuk turun tetapi mengalami kenaikan angka insidensi. Dari target sebesar 190 per 100.000 penduduk, tercapai sebesar 387 per 100.000 penduduk dengan capaian kinerja sebesar 0%. Meskipun telah mengalami penurunan insidensi selama 20 tahun terakhir tetapi penurunan insidensi di Indonesia cenderung lambat dan lebih kecil dibanding kenaikan jumlah penduduk.

Bila dibandingkan penurunan insidensi TB di Indonesia dengan negara beban kasus TB tertinggi yakni India dan Tiongkok, maka Indonesia belum dapat mengimbangi laju penurunan dua negara tersebut pada periode 2016–2019, namun pada tahun 2020 Tiongkok mengalami kenaikan insidensi sehingga posisi Tiongkok menjadi ranking 2, namun pada tahun 2021 India dan Indonesia mengalami peningkatan juga sehingga pada tahun 2022 Indonesia menduduki peringkat kedua setelah India sebagaimana pada tabel berikut ini:

**Tabel 3.9**

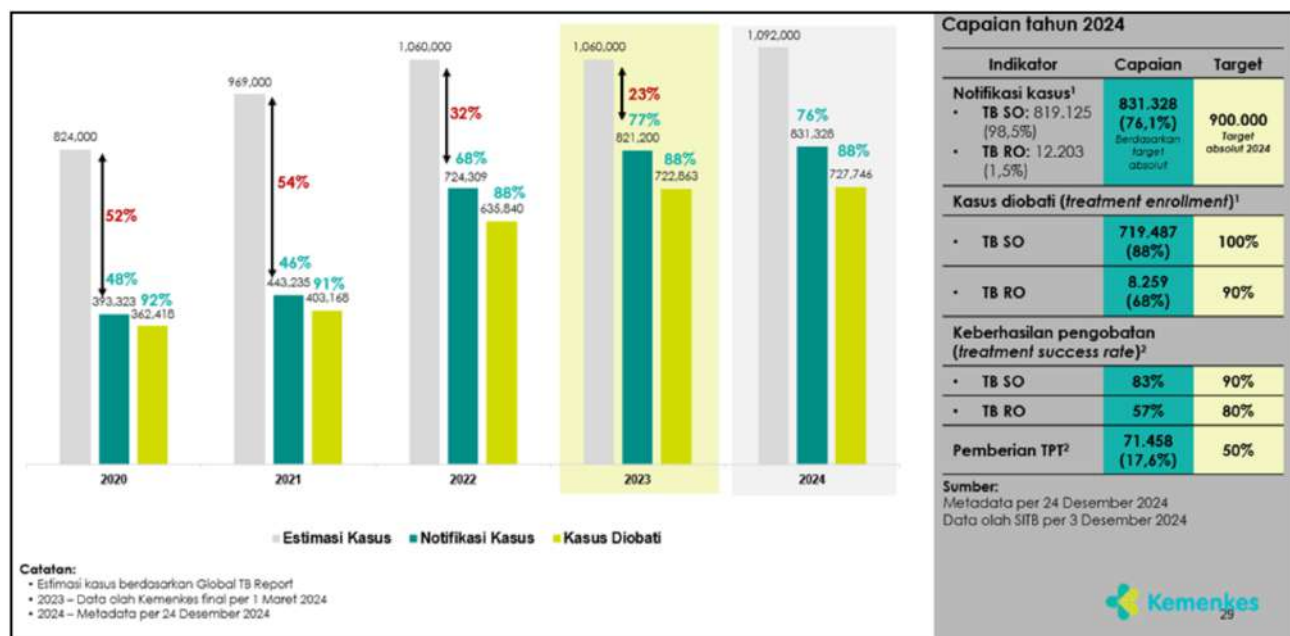
Perbandingan Penurunan Insidensi 3 Negara Beban TB Tertinggi

| No | Negara    | Insidensi   | 2016      | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      | 2021      | 2022      | 2023      |
|----|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1  | India     | Absolute    | 2,800,000 | 2,700,000 | 2,700,000 | 2,640,000 | 2,600,000 | 3,000,000 | 2,800,000 | 2,800,000 |
|    |           |             | 0         | 0         | 0         | 0         |           | 0         | 0         |           |
|    |           | rate        | 211       | 204       | 199       | 193       | 186       | 210       | 199       | 195       |
|    |           | % penurunan | 2.76      | 3.32      | 2.45      | 3.02      | 3.63      | (-12,9)   | 6.67      | (-18%)    |
| 2  | Tiongkok  | Absolute    | 890,000   | 884,000   | 866,000   | 833,000   | 842,000   | 780,000   | 748,000   | 741,000   |
|    |           | rate        | 63        | 62        | 61        | 58        | 60        | 55        | 52        | 52        |
|    |           | % penurunan | 3.08      | 1.59      | 1.61      | 4.92      | (-3,45)   | 8.33      | 5.45      | (-20%)    |
|    |           |             |           |           |           |           |           |           |           |           |
| 3  | Indonesia | Absolute    | 843,000   | 844,000   | 845,000   | 845,000   | 824,000   | 969,000   | 1,060,000 | 1,090,000 |
|    |           |             |           |           |           |           |           |           | 0         |           |
|    |           | rate        | 322       | 319       | 316       | 312       | 301       | 354       | 385       | 387       |
|    |           | % penurunan | 0.92      | 0.93      | 0.94      | 1.27      | 3.53      | (-17,6)   | (-8,76) s | 19%       |

Tabel di atas menunjukkan bahwa penurunan angka insidensi per 100.000 penduduk di Indonesia dari tahun 2016 ke tahun 2019 rata-rata 1% per tahun, lebih kecil dibanding kenaikan jumlah penduduk yang mencapai 1,2% per tahun. Hal ini menyebabkan angka absolut estimasi insidensi cenderung tetap bahkan naik. Namun demikian pada tahun 2020, Indonesia mengalami penurunan angka insidensi yang cukup bermakna, sementara Tiongkok mengalami kenaikan insidensi TB sehingga Tiongkok kembali menempati urutan kedua negara dengan beban TB tertinggi.

Tahun 2021, India dan Indonesia mengalami kenaikan insidensi TB sedangkan Tiongkok mengalami penurunan sehingga peringkat Indonesia menjadi kedua setelah India, sedangkan tahun 2022, insidensi di Indonesia masih mengalami kenaikan sementara di India dan Tiongkok sudah mengalami penurunan. Tanda negatif pada persentase penurunan menunjukkan bahwa yang terjadi bukan penurunan, tetapi kenaikan. Cakupan penemuan, notifikasi kasus dan keberhasilan pengobatan TB digambarkan dalam grafik dibawah ini:

**Grafik 3.17**  
Notifikasi Kasus TB Tahun 2024



Grafik di atas menunjukkan data notifikasi kasus TB sampai bulan Desember 2024 yakni sebesar 831.328 kasus (76%) dari target 90% atau masih terdapat 14% kasus TB yang belum ternotifikasi. Baik yang belum terjangkau, belum terdeteksi maupun tidak dilaporkan. Angka ini masih akan berubah dan berfluktuasi sampai pada penutupan pelaporan tanggal 28 Februari 2025.

Indikator insidensi TB tahun 2024 tidak mencapai target, hal ini terjadi karena beberapa faktor penghambat pencapaian indikator antara lain:

1. *Under diagnosis* dan *under reporting* kasus TB.
2. Pelibatan TPMD (Tempat Praktik Mandiri Dokter)/klinik belum optimal dalam program pencegahan dan pengendalian tuberkulosis.
3. *Delay* pelaporan penemuan dan hasil pengobatan TB.
4. Hasil pengobatan pasien TB belum semua dilakukan evaluasi.
5. Masih terdapat pasien TB yang *loss to follow-up* pengobatan dan gagal pengobatan TB.
6. Cakupan angka investigasi kontak belum optimal.
7. Cakupan terapi pengobatan TB masih rendah.

Upaya-upaya yang sudah dilakukan dalam rangka percepatan pencapaian kinerja indikator sasaran strategis yaitu:

1. Implementasi regimen BPaL/M pada RS dan 150 puskesmas yang telah dilatih pada tahun 2024.
2. Implementasi optimalisasi penemuan kasus dan kolaborasi layanan dengan penguatan skrining TB-DM di 80 kabupaten/kota.
3. Ekspansi pemberian terapi pencegahan TB (TPT) melalui integrasi kegiatan investigasi kontak.
4. Penguatan keterlibatan dan kontribusi fasyankes melalui koordinasi, monitoring dan skrining TB di *big chain hospital*/RS swasta.

5. Penguatan keterlibatan dan kontribusi fasyankes TNI dan POLRI melalui kegiatan koordinasi, monitoring dan evaluasi bersama.
6. Peningkatan kualitas layanan TB melalui ekspansi coaching TB di 80 kabupaten/kota dan lima jaringan RS swasta/*big chain hospital*.
7. Advokasi pada pemerintah daerah dalam implementasi Perpres No. 67 Tahun 2024 bersama Kemenko PMK dan Kemendagri.
8. Melakukan monitoring dan evaluasi (*video conference*) secara berkala pada provinsi/kabupaten/kota dengan capaian yang rendah.
9. Ekspansi dan penguatan jejaring akses tes cepat molekuler (TCM) untuk penegakan diagnosis TB.
10. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan terkait TB melalui *e-learning*.
11. Pemanfaatan regimen jangka pendek TB RO.
12. Penguatan kapasitas tenaga kesehatan terhadap penanganan ILTB (Infeksi Laten Tuberkulosis).
13. Peningkatan pemberian TPT dengan penyediaan obat TPT di semua faskes.

Komitmen global dalam mengakhiri TB dituangkan dalam *End TB Strategy*, menargetkan dua hal yaitu penurunan insidensi TB 80% pada tahun 2030 dan penurunan angka kematian akibat TB hingga 90% pada tahun 2030. Kementerian Kesehatan telah menyusun Peta Jalan Eliminasi sesuai dengan target global yaitu pada tahun 2030 insidensi turun 80% menjadi 65 per 100.000 penduduk dan pada tahun 2030 angka kematian akibat TB turun menjadi 6 (enam) per 100.000 penduduk. Akan dicapai dengan beberapa upaya antara lain yakni meningkatkan cakupan penemuan dan inisiasi pengobatan TB  $\geq 90\%$ , angka keberhasilan pengobatan TB sebesar  $\geq 90\%$ , Terapi Pencegahan TB (TPT)  $\geq 80\%$ .

Upaya menuju eliminasi TB di Indonesia pada tahun 2030 seperti yang telah diamanatkan dalam RPJMN

2020–2024 dan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020–2024 dan Rencana Interim 2025–2026 yang akan dicapai dengan penerapan enam strategi, yakni:

1. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi tuberkulosis tahun 2030;
2. Peningkatan akses terhadap layanan tuberkulosis bermutu dan berpihak pada pasien;
3. Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis serta pengendalian infeksi;
4. Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tata laksana tuberkulosis;
5. Peningkatan peran serta komunitas, mitra, dan multisektor lainnya dalam eliminasi tuberkulosis;
6. Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan.

**Tabel 3.10**  
Permasalahan TB dan Tindak Lanjut

| Permasalahan Utama                                                                                | Penyebab                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Upaya Tindak Lanjut                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sebanyak ±133 ribu kasus under reporting yakni 72,2% RS, 19,4% PKM dan 8,4% klinik swasta dan DPM | <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Di RS, SDM terbatas sedangkan beban kerja tinggi, turnover petugas tinggi, belum terhubung SITB terutama swasta.</li> <li>b. Di PKM, SDM terbatas sedangkan beban kerja tinggi, turn over petugas yang tinggi, kendala jaringan.</li> <li>c. Pada klinik swasta dan DPM, belum terhubung SITB, SDM belum paham untuk pelaporan.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Integrasi sistem informasi TB dengan E-claim (Jan 2025), RS (Maret 2025) dan Lab (April 2025)</li> <li>b. PADK berkoordinasi dengan BPJS untuk integrasi data Pcare dengan RME dan hasilnya dikirim BPJS sebulan sekali.</li> <li>c. Penggunaan kode ICD lainnya untuk menjaring kasus TB lebih banyak lagi</li> <li>d. Pemberian SKP pada named dan nakes untuk notifikasi kasus</li> <li>e. SE tentang pengentasan TB: kewajiban pelaporan kasus maksimal 7 hari (pertengahan Januari 2025)</li> <li>f. Pemberian insentif untuk notifikasi kasus TB pada FKTP pemerintah 200.000/pasien dan FKTP swasta 250.000/pasien (Quick Win). Juknis terintegrasi dengan SE pengentasan TB pada pertengahan Januari 2025)</li> </ol> |



| Permasalahan Utama                                                                                             | Penyebab                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Upaya Tindak Lanjut                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sebanyak +463 ribu pasien (+) TB datang ke klinik swasta dan tidak terdiagnosis                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mayoritas klinik langsung merujuk terduga TB</li> <li>b. Keterbatasan PPI, BMHP, dan sarpras klinik</li> </ul>                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Surat Edaran Puskesmas memperluas MoU dengan klinik di wilayahnya (W2 Januari 2025)</li> <li>b. Sistem kontrak untuk transportasi spesimen (Mei 2025)</li> <li>c. Peluang Pluslife (hasil riset UNPAD Februari 2025)</li> </ul> |
| Sebanyak +1,69 juta pasien terduga TB tidak diperiksa TCM (72% PKM, 26% RS), Potensi 112 rb (+) TB             | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keterbatasan sebaran TCM (saat ini 2.407 TCM tersebar di 2.159 faskes, RAN TB tahun 2025: sebaran minimal di 2.588 faskes)</li> <li>b. Keterbatasan transportasi spesimen</li> <li>c. Belum ada mekanisme untuk memastikan pasien datang ke laboratorium setelah dirujuk untuk pemeriksaan TB</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Revisi SE open PCR untuk seluruh reagen ber-NIE <a href="https://bit.ly/SEOpenPCR">https://bit.ly/SEOpenPCR</a></li> <li>b. Pemberian TCM pada faskes swasta terbaik</li> </ul>                                                 |
| Sebanyak 1,9 juta pasien terduga TB dengan TCM (-) di FKTP tidak diperiksa rontgen (98% PKM, 2% klinik swasta) | Pemeriksaan rontgen tidak masuk ke biaya kapitasi BPJS untuk FKTP                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>c. ACF dengan X-ray (Quick Win, GF, UEA)</li> <li>d. Hasil koordinasi dengan Kepala PADK BKPK. Sambil menunggu proses dengan BPJS untuk tarif non kapitasi X-ray, menggunakan dana quick win</li> </ul>                            |
| Sebanyak 94 ribu pasien TB SO tidak memulai terapi (67% dinotifikasi oleh RS, 30% Pkm)                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengetahuan nakes terkait pengobatan TB masih kurang</li> <li>b. SDM kurang</li> <li>c. Puskesmas hanya memantau kasus di faskesnya</li> </ul>                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Pemberian SKP bagi nakes dan named untuk kasus berhasil pengobatan</li> <li>e. Pemberian insentif faskes untuk kasus berhasil pengobatan (FKTP pemerintah 200.000/pasien; FKTP swasta 250.000/pasien)</li> </ul>                |

| Permasalahan Utama                                                                           | Penyebab                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Upaya Tindak Lanjut                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Keberhasilan pengobatan kasus yang dinotifikasi RS 69,6%, PKM 84,5%, dan klinik swasta 66,1% | Hasil SKI 2023: Pasien berhenti obat TB karena obat tidak tersedia (34,3%), merasa sehat (32,4%), bosan/malas (12,2%), tidak tahan efek samping (7,5%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Akses monitoring Puskesmas di sistem informasi TB terhadap seluruh kasus di wilayahnya (W2 Januari 2025)</li> <li>b. Perluasan dukungan komunitas: Penambahan 285 kab/kota (Februari 2025)</li> <li>c. Perluasan akses e-learning TB di LMS Plataran Sehat untuk nakes (bekerja sama dengan USAID) (April 2025)</li> <li>d. Pemberian sertifikat tanda tangan Menkes bagi pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan.</li> <li>e. E-warning bagi pasien &amp; fasyankes</li> </ul> |
| Cakupan TPT tahun 2023 yakni 2,3% 2024 (hingga November): 14,5% (target 50%)                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hasil SKI 2023: Sasaran merasa tidak bergejala (56,2%), sasaran tidak diberi TPT oleh tenaga kesehatan (35,2%), obat tidak tersedia di fasyankes (2,5%), atau lainnya (6,1%)</li> <li>b. Lesson learnt Kemenkes dan Penabulu:</li> <li>c. Pasien tidak kembali untuk dicek hasil tuberkulinnya</li> <li>d. Pasien dan nakes ingin mendapatkan obat 3HP (diminum satu kali seminggu selama 3 bulan) padahal jumlah terbatas</li> <li>e. Penolakan kontak TPT oleh masyarakat yang eligible TPT</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Revisi juknis TPT kontak serumah tanpa tes tuberkulin bila TB aktif (-), (W2 Januari 2025)</li> <li>b. Integrasi pemberian TPT dengan ACF Januari-Desember 2025 (Dana GF, APBN, UEA)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

### 3.1.8 Insidensi Tuberkulosis (per 100.000 Penduduk)

Definisi operasional indikator eliminasi malaria adalah suatu kabupaten/kota yang telah memenuhi kriteria eliminasi malaria sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 22 tahun 2022 tentang Penanggulangan Malaria. Kabupaten/kota tersebut selama tiga tahun terakhir memenuhi kriteria utama, yaitu:

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

Kriteria lainnya adalah kabupaten/kota tersebut

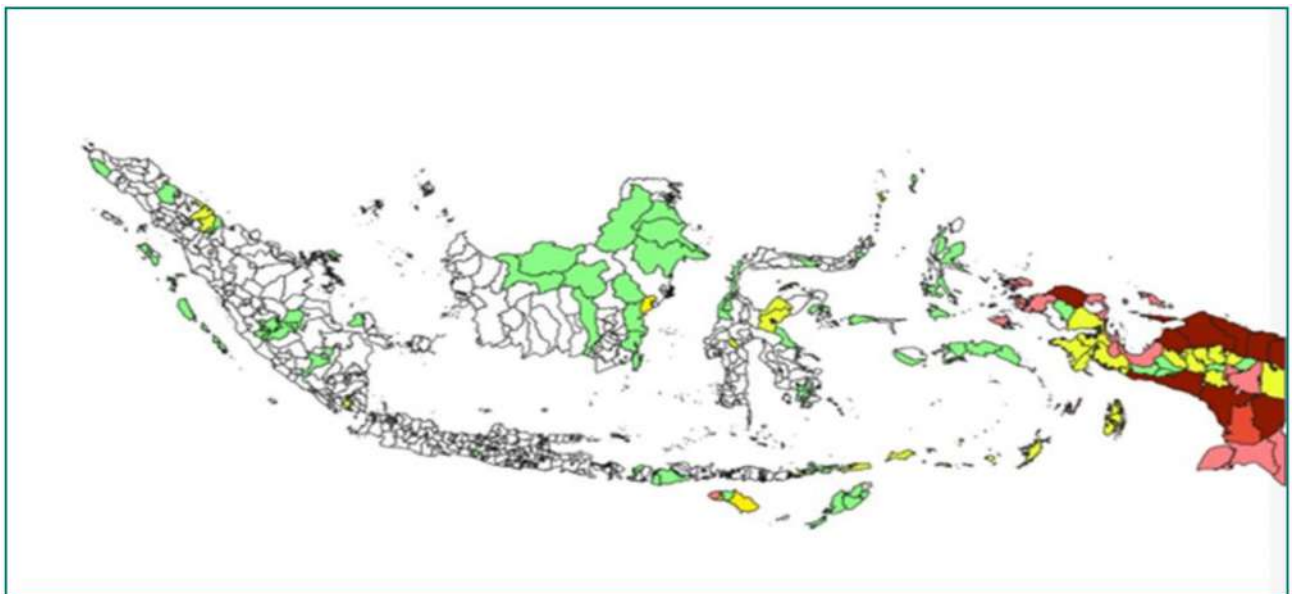
mempunyai sistem manajemen dan surveilans malaria yang kuat. Meskipun sudah tidak ada kasus malaria impor dan vektor malaria di wilayah tersebut, tetap dibutuhkan kewaspadaan untuk mempertahankan status bebas malaria. Status eliminasi malaria ditetapkan oleh Menteri Kesehatan RI berupa pemberian sertifikat eliminasi malaria kepada kabupaten/kota yang telah memenuhi syarat.

Indikator kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dihitung dari akumulasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dalam kurun waktu satu tahun. Berdasarkan peta endemisitas di bawah ini, diketahui bahwa mayoritas wilayah endemis tinggi malaria berada di wilayah timur Indonesia. Sedangkan untuk wilayah di Pulau Jawa hampir semua wilayah telah dinyatakan eliminasi malaria.

#### Gambar 3.3

#### Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2024

Sumber: Laporan Tim Kerja Malaria, 2024



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

**Tabel 3.11**  
**Endemisitas Malaria Tahun 2024**

Sumber: Laporan Tim Kerja Malaria, Januari 2025

| No    | Endemisitas               | Penduduk 2024 |      | Kab/Kota |      |
|-------|---------------------------|---------------|------|----------|------|
|       |                           | Jumlah        | (%)  | Jumlah   | (%)  |
| 1     | Eliminasi (Bebas Malaria) | 253,514,732   | 91%  | 401      | 78%  |
| 2     | Endemis Rendah (API <1%)  | 14,811,883    | 5%   | 59       | 12%  |
| 3     | Endemis Sedang (API 1–5%) | 5,101,241     | 2%   | 23       | 5%   |
| 4     | Endemis Tinggi (API >5%)  | 4,024,477     | 2%   | 31       | 6%   |
| Total |                           | 277,452,324   | 100% | 514      | 100% |

Tabel di atas menunjukkan bahwa 90% penduduk Indonesia telah hidup di daerah bebas malaria dan sekitar 10% penduduk Indonesia masih tinggal di daerah endemis malaria baik endemis rendah, sedang dan tinggi. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria sampai akhir tahun 2024

sebanyak 401 kabupaten/kota dari target yang ditentukan sebesar 405 kabupaten/kota dengan pencapaian kinerja sebesar 99%. Tabel di bawah ini menunjukkan jumlah kabupaten/kota eliminasi malaria per provinsi sebagai berikut:

**Tabel 3.12**  
**Jumlah Kabupaten/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai Tahun 2024**

Sumber: Laporan Tim Kerja Malaria, Januari 2025

| No | Provinsi    | Jumlah Kab/ Kota | Jumlah Kab/Kota Eliminasi | Persentase Kab/Kota Eliminasi | Jumlah Kab/Kota yang Belum Eliminasi |
|----|-------------|------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1  | DKI Jakarta | 6                | 6                         | 100%                          | 0                                    |
| 2  | Jawa Barat  | 27               | 27                        | 100%                          | 0                                    |

| No | Provinsi                     | Jumlah Kab/<br>Kota | Jumlah<br>Kab/Kota<br>Eliminasi | Persentase<br>Kab/Kota<br>Eliminasi | Jumlah<br>Kab/Kota<br>yang Belum<br>Eliminasi |
|----|------------------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 3  | DI Yogyakarta                | 5                   | 5                               | 100%                                | 0                                             |
| 4  | Jawa Timur                   | 38                  | 38                              | 100%                                | 0                                             |
| 5  | Banten                       | 8                   | 8                               | 100%                                | 0                                             |
| 6  | Bali                         | 9                   | 9                               | 100%                                | 0                                             |
| 7  | Riau                         | 12                  | 12                              | 100%                                | 0                                             |
| 8  | Bengkulu                     | 10                  | 10                              | 100%                                | 0                                             |
| 9  | Jawa Tengah                  | 35                  | 34                              | 97%                                 | 1                                             |
| 10 | Sulawesi Selatan             | 24                  | 23                              | 96%                                 | 1                                             |
| 11 | Aceh                         | 23                  | 22                              | 96%                                 | 1                                             |
| 12 | Sumatera Barat               | 19                  | 18                              | 95%                                 | 1                                             |
| 13 | Sumatera Selatan             | 17                  | 17                              | 100%                                | 0                                             |
| 14 | Sulawesi Tenggara            | 17                  | 15                              | 88%                                 | 2                                             |
| 15 | Lampung                      | 15                  | 14                              | 93%                                 | 1                                             |
| 16 | Kepulauan Bangka<br>Belitung | 7                   | 6                               | 86                                  | 1                                             |
| 17 | Kalimantan Tengah            | 14                  | 12                              | 86%                                 | 2                                             |
| 18 | Gorontalo                    | 6                   | 5                               | 83%                                 | 1                                             |



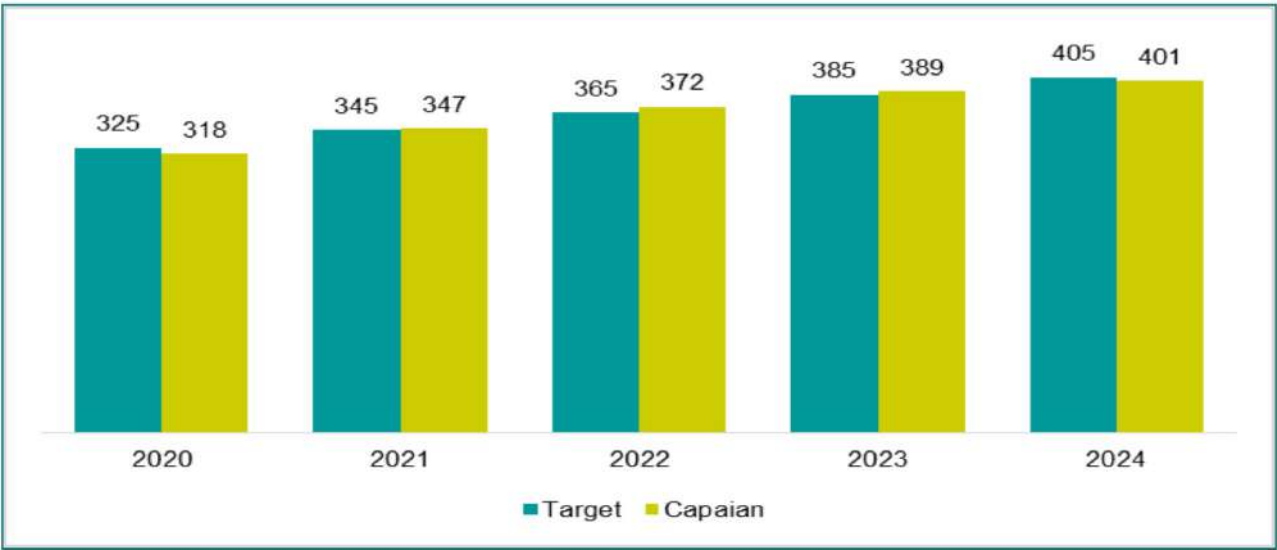
| No | Provinsi            | Jumlah Kab/<br>Kota | Jumlah<br>Kab/Kota<br>Eliminasi | Persentase<br>Kab/Kota<br>Eliminasi | Jumlah<br>Kab/Kota<br>yang Belum<br>Eliminasi |
|----|---------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 19 | Sulawesi Barat      | 6                   | 5                               | 83%                                 | 1                                             |
| 20 | Kalimantan Selatan  | 13                  | 11                              | 77%                                 | 2                                             |
| 21 | Sumatera Utara      | 33                  | 25                              | 76%                                 | 8                                             |
| 22 | Kepulauan Riau      | 7                   | 6                               | 71%                                 | 1                                             |
| 23 | Sulawesi Utara      | 15                  | 10                              | 67%                                 | 5                                             |
| 24 | Kalimantan barat    | 14                  | 12                              | 85%                                 | 2                                             |
| 25 | Jambi               | 11                  | 8                               | 73%                                 | 3                                             |
| 26 | Nusa Tenggara Barat | 10                  | 7                               | 60%                                 | 3                                             |
| 27 | Kalimantan Utara    | 5                   | 3                               | 60%                                 | 2                                             |
| 28 | Maluku Utara        | 10                  | 6                               | 60%                                 | 4                                             |
| 29 | Kalimantan Timur    | 10                  | 5                               | 50%                                 | 5                                             |
| 30 | Sulawesi Tengah     | 13                  | 8                               | 62%                                 | 5                                             |
| 31 | Nusa Tenggara Timur | 22                  | 9                               | 41%                                 | 13                                            |
| 32 | Maluku              | 11                  | 3                               | 27%                                 | 8                                             |
| 33 | Papua               | 9                   | 0                               | 0%                                  | 9                                             |
| 34 | Papua Tengah        | 8                   | 0                               | 0%                                  | 8                                             |

| No        | Provinsi         | Jumlah Kab/<br>Kota | Jumlah<br>Kab/Kota<br>Eliminasi | Persentase<br>Kab/Kota<br>Eliminasi | Jumlah<br>Kab/Kota<br>yang Belum<br>Eliminasi |
|-----------|------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 35        | Papua Selatan    | 4                   | 0                               | 0%                                  | 4                                             |
| 36        | Papua Pegunungan | 8                   | 0                               | 0%                                  | 8                                             |
| 37        | Papua Barat      | 7                   | 1                               | 14%                                 | 6                                             |
| 38        | Papua Barat Daya | 6                   | 1                               | 17%                                 | 5                                             |
| INDONESIA |                  | 514                 | 401                             | 78%                                 | 112                                           |

Tabel di atas menunjukkan, sebanyak 78% kabupaten/kota di Indonesia telah mencapai eliminasi malaria. Terdapat dua kabupaten/kota di Pulau Papua yang telah berhasil mencapai eliminasi malaria yaitu Kabupaten Sorong Selatan di Provinsi Papua Barat Daya dan Kabupaten Pegunungan Arfak di Provinsi Papua Barat. Terdapat sembilan provinsi dengan seluruh kabupaten/kota (100%)

telah eliminasi malaria yakni Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta Jawa Timur, Banten, Bali, Riau, Bengkulu dan Sumatera Selatan. Namun, baru lima provinsi (Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Banten, dan Bali) yang telah mendapat sertifikat eliminasi malaria tingkat provinsi. Tren capaian eliminasi malaria dapat digambarkan pada grafik di bawah ini:

**Grafik 3.18**  
Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia Tahun 2020–2024  
*Sumber: Laporan Tim Kerja Malaria, Januari 2025*

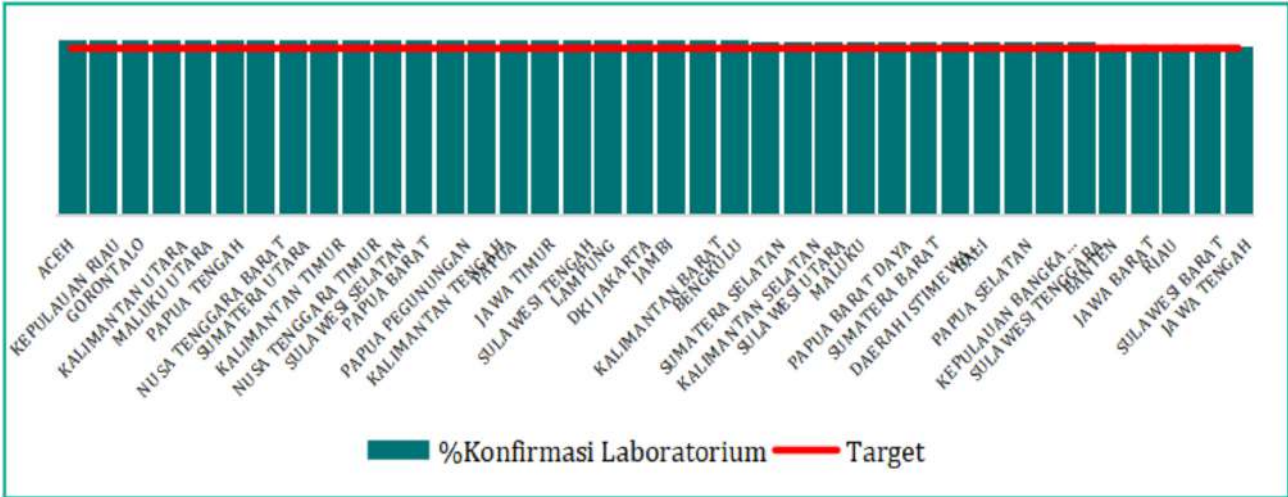


Grafik di atas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan capaian realisasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi dalam kurun waktu tahun 2020 sampai dengan tahun 2024. Secara nasional untuk target kumulatif tahun 2024 sebanyak 405 kabupaten/kota namun, sampai akhir tahun 2024 adalah 401 kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dengan capaian kinerja 99%. Penambahan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria pada selama tahun 2024 berasal dari 12 kabupaten/kota di 13 provinsi, yaitu Provinsi Sumatera Selatan (1 kabupaten), Jambi (1 kabupaten), Lampung (1 kota) Kalimantan Barat (3 kabupaten), Sulawesi tengah (2 kabupaten), Papua Barat (1 kabupaten) Provinsi Kepulauan Riau (Kep. Anambas), Provinsi Nusa Tenggara Barat (Sumbawa Barat) dan Provinsi Kalimantan Selatan (Tanah Bumbu).

Untuk mencapai target eliminasi malaria, perlu didukung oleh beberapa indikator komposit, yaitu persentase konfirmasi pemeriksaan sediaan darah dan persentase pengobatan standar yang juga merupakan indikator Pemantauan Program Prioritas Janji Presiden tahun 2020–2024 oleh KSP (Kantor Staf Presiden) yang dipantau setiap tiga bulan. Persentase pemeriksaan sediaan darah adalah persentase suspek malaria yang dilakukan konfirmasi laboratorium, baik menggunakan mikroskop maupun *rapid diagnostik test* (RDT) dari semua suspek yang ditemukan. Target dan capaian indikator persentase konfirmasi pemeriksaan sediaan darah adalah sebagai berikut:

Grafik 3.19  
Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah Tahun 2024

Sumber: Laporan Tim Kerja Malaria, Januari 2025



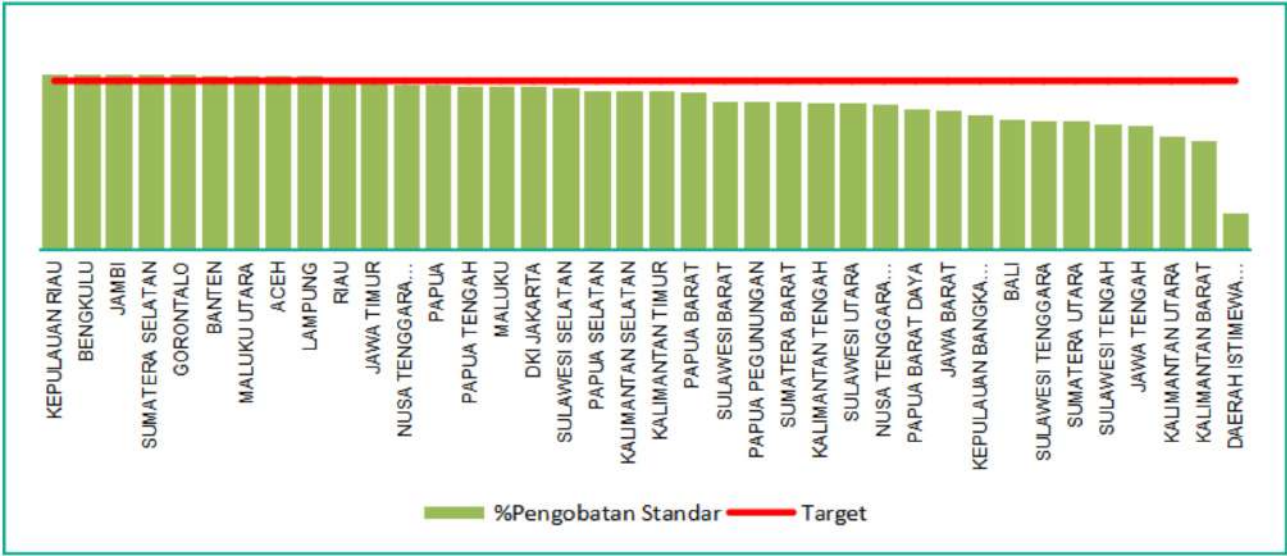
Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa 38 provinsi di Indonesia (100%) telah mencapai target nasional dalam konfirmasi laboratorium terhadap suspek malaria. Target nasional adalah 95% dengan capaian sampai akhir tahun 2024 sebesar 99% dengan jumlah suspek sebanyak 3.717.632 orang dan jumlah pemeriksaan sediaan darah dikonfirmasi laboratorium sebanyak 3.710.501 orang. Pemberian

terapi pengobatan pada pasien malaria saat ini telah diatur sesuai Kepmenkes Nomor 556 Tahun 2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Malaria, di mana pasien positif malaria (berdasarkan pemeriksaan lab) diobati dengan menggunakan *artemisinin based combination therapy* (ACT) dengan dosis yang disesuaikan dengan berat badan pasien.

ACT merupakan obat yang saat ini dianggap paling efektif untuk membunuh parasit malaria. Target dan capaian indikator persentase pasien malaria positif yang diobati sesuai standar ACT sebagai berikut:

**Grafik 3.20**  
Persentase Pengobatan Standar Tahun 2024

Sumber: Laporan Tim Kerja Malaria, Januari 2025





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

Untuk mencapai target kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria dilakukan beberapa kegiatan antara lain:

### 1. Diagnostik Malaria

Kebijakan pengendalian malaria terkini dalam rangka mendukung eliminasi malaria adalah bahwa diagnosis malaria harus terkonfirmasi melalui pemeriksaan laboratorium baik dengan mikroskop ataupun *rapid diagnostic test* (RDT). Penegakkan diagnosa tersebut harus berkualitas dan bermutu sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dan memberikan data yang tepat dan akurat. Berbagai kegiatan dalam rangka meningkatkan mutu diagnosis terus dilakukan. Kualitas pemeriksaan, ketersediaan darah dipantau melalui mekanisme uji silang di tingkat kabupaten/kota, provinsi, dan pusat. Kualitas pelayanan laboratorium malaria sangat diperlukan dalam menegakkan diagnosis dan sangat tergantung pada kompetensi dan kinerja petugas laboratorium di setiap jenjang fasilitas pelayanan kesehatan. Penguatan laboratorium pemeriksaan malaria yang berkualitas dilakukan melalui pengembangan jejaring dan pemantapan mutu laboratorium pemeriksa malaria mulai dari tingkat pelayanan seperti laboratorium puskesmas, rumah sakit serta laboratorium kesehatan swasta sampai ke laboratorium rujukan uji silang di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan pusat.

Kegiatan dalam rangka peningkatan kualitas diagnostik malaria telah dilaksanakan sampai

tahun 2024, antara lain:

- a. Workshop Penyegaran Mikroskopis Malaria bagi Tenaga ATLM (Ahli Teknologi Laboratorium Medik).
- b. *External Competency Assessment Mikroskopis Malaria* (ECAM).
- c. Supervisi dalam rangka narasumber *workshop* tata laksana kasus malaria.
- d. Pendampingan diagnosis dan tata laksana malaria.
- e. Asesmen petugas dan pemantauan mutu laboratorium malaria

### 2. Tata Laksana Kasus Malaria

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

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

- a. Pelatihan untuk pelatih (TOT) Tata Laksana Malaria.
- b. Supervisi dalam rangka evaluasi pelaksanaan FGD Minum Obat Massal Malaria (MOMAL).
- c. Evaluasi Pelaksanaan *Mass Drug Administration* (MDA)-MOMAL.
- d. Supervisi dalam rangka sosialisasi update tata laksana malaria bagi dokter puskesmas dan dokter rumah sakit.
- e. Pertemuan Kelompok Kerja Diagnosis dan Pengobatan Malaria Tahun 2024.
- f. Surveilans pengobatan malaria.
- g. Pendampingan diagnosis dan tata laksana malaria.

### 3. Surveilans Malaria

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

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

surveilans, sistem informasi dan monitoring dan evaluasi malaria:

- a. Supervisi dalam rangka on the job training (OJT) pengelola SISMAL.
- b. Validasi data program malaria.
- c. Asesmen SKD/KLB malaria.
- d. Monitoring dan evaluasi on site kader malaria<sup>42</sup> | Lakip Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Semester I Tahun 2024
- e. Penyusunan pedoman surveilans malaria.
- f. Pertemuan Penyusunan Buku Petunjuk Teknis Penggunaan dan Analisa Data SISMAL.
- g. Pelatihan Manajemen Dasar Program Malaria bagi Tenaga Pengelola Program Malaria.
- h. Kegiatan *Training Workshop on Spatial Epidemiology and GIS for Malaria Control Programs*.

### 4. Pengendalian Vektor Malaria

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

Penggunaan kelambu berinsektisida merupakan cara perlindungan dari gigitan nyamuk *Anopheles*. pembagian kelambu ke masyarakat dilakukan dengan dua metode, yaitu pembagian secara massal (*mass campaign*) dan pembagian rutin. Pembagian secara massal dilakukan pada daerah/ kabupaten/kota endemis tinggi dengan

cakupan minimal 80%. Pembagian ini diulang setiap tiga tahun, jika belum ada penurunan tingkat endemisitas. Pembagian kelambu secara rutin diberikan kepada ibu hamil yang tinggal di daerah endemis tinggi. Kegiatan ini bertujuan untuk melindungi populasi prioritas, yaitu ibu hamil dari risiko penularan malaria. Selain itu, pembagian kelambu juga dilakukan pada daerah yang terkena bencana.

Beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan pengendalian vektor malaria yakni kegiatan surveilans pengendalian faktor risiko malaria dan pemetaan daerah reseptif malaria.

#### 5. Promosi, Advokasi dan Pemeriksaan

Sosialisasi pentingnya upaya pengendalian malaria merupakan hal yang penting dengan sasaran pengambil kebijakan, pelaksana teknis dan masyarakat luas. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kepada masyarakat luas dilakukan dengan membuat Iklan Layanan Masyarakat (ILM) mengenai Malaria. Beberapa kegiatan selama Tahun 2024 dalam mendukung promosi, advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria antara lain:

- f. Pertemuan Monitoring Evaluasi Kegiatan Percepatan Eliminasi Malaria.
- g. Sidang Penilaian Eliminasi Malaria.
- h. Pertemuan Koordinasi Pelaksanaan Kegiatan Intervensi Percepatan Eliminasi Malaria di Wilayah IKN dan Kabupaten Sekitarnya.
- i. Supervisi Dalam Rangka Pertemuan Evaluasi Lintas Batas Malaria.
- j. Konsolidasi Pengendalian Malaria di Lingkungan TNI-POLRI.
- k. Pertemuan Reviu Proposal Join Plan Sharing Data Notifikasi Kasus Malaria Indonesia-Timor Leste.
- l. Pertemuan Koordinasi dalam Penanganan Peningkatan Kasus/KLB Malaria Tahun 2024.

- m. Pertemuan Koordinasi Percepatan Eliminasi Malaria di Tanah Papua Tahun 2024.
- n. Pertemuan Peluncuran Peta Jalan Eliminasi Malaria dan Pencegahan Penularan Kembali di Indonesia.

#### 6. Alat dan Bahan serta Media KIE Pencegahan dan Pengendalian Malaria

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

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

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

1. Masih terdapat under reporting pelaporan data pada sistem pencatatan dan pelaporan SISMAL.
2. Kurang berjalannya sistem kewaspadaan dini terkait malaria.
3. Setiap kasus positif di daerah endemis rendah dan eliminasi (API <1 per 1000 penduduk) belum menerapkan Penyelidikan Epidemiologi (PE) 1-2-5.
4. Akses dan cakupan layanan baik rumah sakit, klinik, DPS pada *remote area* masih belum

memadai.

5. Rujukan layanan dan jejaring tata laksana belum optimal.
  6. Migrasi penduduk mempengaruhi potensi penyebaran malaria dan kurang berjalannya kegiatan surveilans migrasi malaria.
  7. Di daerah endemis rendah banyak terdapat daerah fokus malaria dengan *mobile migrant population* (MMP) dan kondisi wilayah yang sulit (tambang liar, *illegal logging*, perkebunan ilegal, tambak terbengkelai).
  8. Ketepatan dan kelengkapan pelaporan yang belum optimal.
  9. Belum semua daerah pembebasan dan pemeliharaan mempunyai pemetaan daerah fokus.
  10. Turn over petugas malaria di daerah.
  11. Komitmen pemerintah daerah setempat baik terkait kebijakan dan anggaran untuk program malaria di daerah endemis malaria dan bebas malaria yang 44 | Lakip Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Semester I Tahun 2024 semakin terbatas sehingga banyak terjadi peningkatan kasus di daerah yang sudah eliminasi maupun menuju eliminasi malaria.
  12. Tingginya angka kasus malaria di tanah Papua dengan lingkungan yang sangat reseptif.
  13. Perilaku atau budaya masyarakat yang berisiko tertular atau menularkan penyakit malaria
- c. Penemuan dini dengan konfirmasi dan pengobatan yang tepat sesuai dengan standar dan pemantauan kepatuhan minum obat.
  - d. Penerapan sistem jejaring *public-private mix partnership* layanan malaria.
2. Mendorong kabupaten/kota yang sudah endemis rendah > 3 tahun agar segera
  3. mencapai eliminasi dengan melakukan advokasi dan memfasilitasi pra asesmen serta upaya mempercepat eliminasi kabupaten/kota stagnan.
  4. Peningkatan upaya percepatan penurunan kasus dan eliminasi malaria di Papua.
  5. Intervensi kombinasi (LLIN, IRS, Larvasida, pengelolaan lingkungan, personal protection, profilaksis) dengan berbasis bukti melalui pendekatan kolaboratif.
  6. Penguatan surveilans termasuk surveilans migrasi, Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) dan penanggulangan KLB.
  7. Sosialisasi penggunaan dana yang bisa dimanfaatkan untuk Penyelidikan Epidemiologi baik Dana Dekonsentrasi, DAK Non Fisik, APBD, Global Fund, DanaDesa, dan Dana Kapitasi.
  8. Terdapat tenaga pendamping dari UNICEF dan WHO untuk dinas kesehatan kabupaten/

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

1. Peningkatan akses layanan malaria yang bermutu meliputi:
  - a. Desentralisasi pelaksanaan program oleh kabupaten/kota.
  - b. Integrasi kedalam layanan kesehatan primer.

### 3.1.9 Kabupaten/Kota yang Mencapai Eliminasi KustaA

Definisi operasional indikator kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta adalah kabupaten/kota yang telah mencapai angka prevalensi kurang dari 1 (satu) kasus per 10.000 penduduk pada tahun tertentu. Indikator kabupaten/kota tersebut dihitung dari akumulasi jumlah kabupaten/kota yang telah mencapai angka prevalensi kurang dari 1 (satu) kasus per 10.000 penduduk pada tahun tertentu. Data tersedia adalah data tahun 2023.

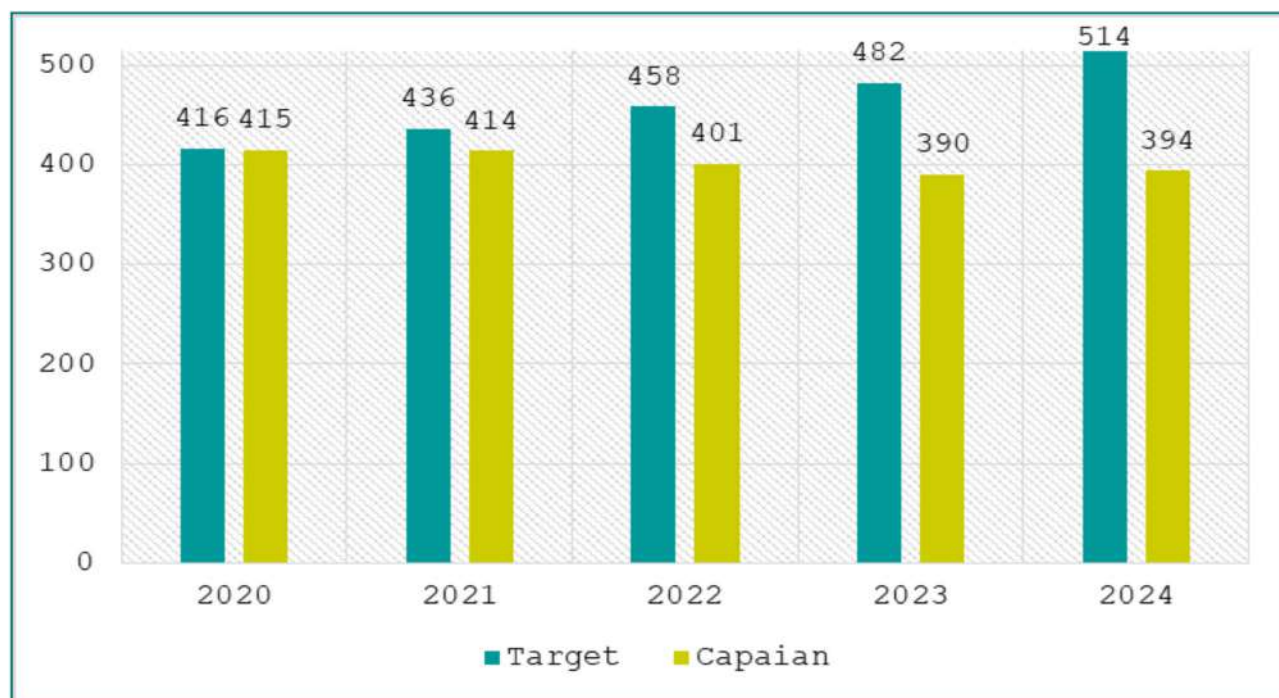
Data Program Pencegahan dan Pengendalian Kusta 2024 per Desember 2024 memperlihatkan capaian

kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta tahun 2024 adalah sebesar 394 kabupaten/kota dari target indikator 514 kabupaten/kota (capaian kinerja 76,65%). Data capaian dapat mengalami perubahan karena belum dilakukan validasi dan finalisasi data tahun 2024. Validasi dan finalisasi data tahun 2024 direncanakan akan dilakukan di akhir Januari 2025. Target dan capaian indikator tersebut dari tahun 2020–2024 digambarkan dalam grafik sebagai berikut:

#### Grafik 3.21

#### Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Mencapai Eliminasi Kusta Tahun 2020–2024

Sumber: Laporan Tim Kerja NTDs, Januari 2025



Grafik di atas menunjukkan bahwa target indikator kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta 2020–2024 tidak pernah tercapai. Hal ini disebabkan karena deteksi kasus tidak dilakukan secara intensif dan berkelanjutan. Transmisi kusta di masyarakat tetap berlanjut dan kasus baru terus bermunculan. Hal tersebut diperparah dengan kurangnya komitmen dan alokasi sumber daya dari pemerintah daerah setempat dan pemangku kebijakan terkait, sehingga program

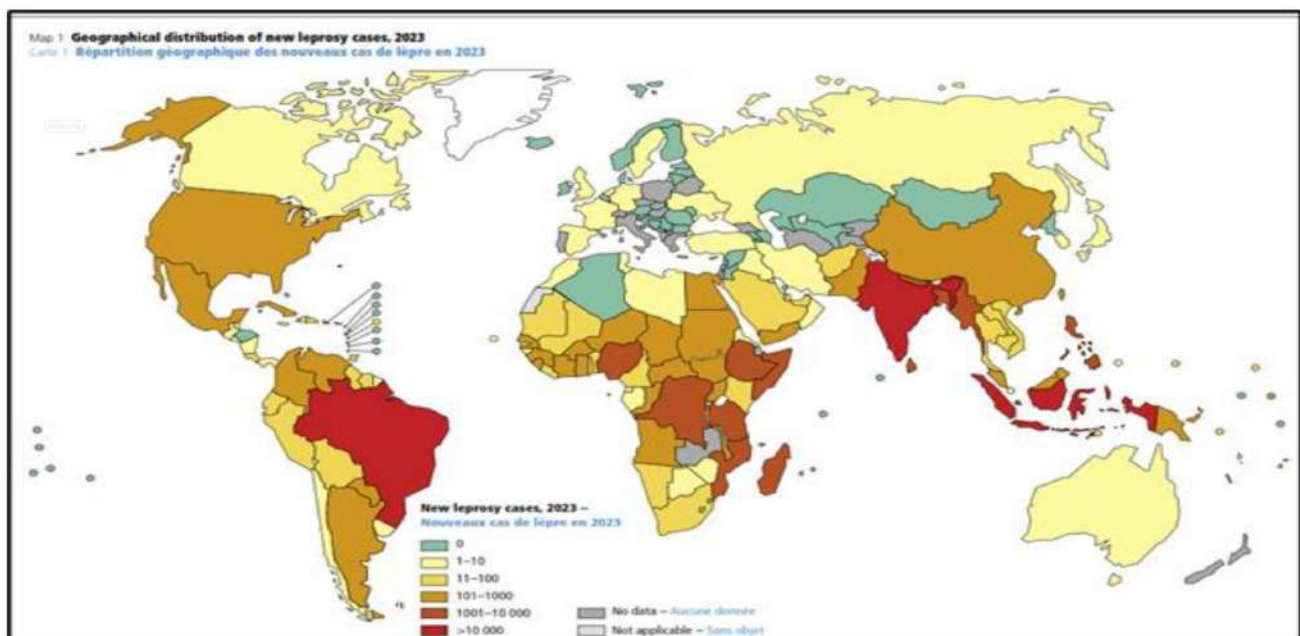
penanggulangan kusta berjalan kurang optimal. Adanya stigma dan diskriminasi terhadap orang yang pernah menderita kusta (OYPMK) dan keluarganya, serta adanya kelangkaan stok MDT di tingkat pusat dan daerah juga turut berperan dalam tidak tercapainya target indikator nasional tersebut. Penggunaan angka prevalensi di bawah 1 (satu) per 10.000 penduduk dalam penetapan status eliminasi kusta juga dianggap kurang mampu menggambarkan status eliminasi kusta di suatu daerah.



Status eliminasi kusta berdasarkan angka prevalensi saja menjadi sangat dinamis dan mudah berubah, bergantung pada besar jumlah penduduk di wilayah tersebut. Pada periode selanjutnya 2025–2029, perlu dipertimbangkan kembali penggunaan angka prevalensi dalam penetapan status eliminasi.

Di tingkat global, WHO melaporkan sebanyak 182.815 kasus kusta baru yang ditemukan sepanjang tahun 2023, dengan jumlah penderita terdaftar di akhir tahun sebesar 172.570 kasus. Peta kasus kusta di dunia digambarkan berikut ini:

**Gambar 3.4**  
Peta Kasus Kusta di Dunia



Sebanyak 95,7% kasus di seluruh dunia berasal dari 23 negara prioritas global, termasuk Indonesia. Indonesia telah mencapai eliminasi di tingkat nasional (angka prevalensi < 1 per 10.000 penduduk sejak tahun 2000). Peta di atas menggambarkan dari 23 negara prioritas, Brazil, Comoros, Kiribati, dan Sudan Selatan masih memiliki angka prevalensi > 1 per 10.000 penduduk. Di Indonesia, berdasarkan data Program Pencegahan dan Pengendalian Kusta per 7 Januari 2025, penderita yang terdaftar masih dalam pengobatan pada akhir tahun 2024 diketahui sebanyak 19.825 kasus dengan angka prevalensi 0,71 per 10.000 penduduk. Meskipun demikian, jika

dilihat dari jumlah kasus kusta baru, Indonesia masih menempati urutan ke-3 negara penyumbang kasus kusta baru terbesar di dunia, setelah India dan Brazil. Sebanyak 11.399 kasus baru ditemukan pada tahun 2024 dengan angka penemuan kasus baru 4,08 per 100.000 penduduk.

Indikator Sasaran Strategis (ISS) tersebut mempengaruhi pencapaian Indikator Kinerja Program (IKP) proporsi kasus kusta baru tanpa cacat dengan target tahun 2024 sebesar 90%, serta Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan



kusta tepat waktu dengan target tahun 2024 sebesar 90%, begitu pula sebaliknya. Status eliminasi kusta yang sebenarnya dapat tercapai dengan melakukan deteksi dini kasus kusta secara intensif dan berkelanjutan dalam rangka penghentian transmisi kusta di masyarakat. Pelaksanaan kegiatan deteksi dini tersebut memungkinkan penderita dapat ditemukan sedini mungkin sebelum berkembangnya disabilitas, sehingga turut mempengaruhi capaian indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat. Selain itu, pengobatan yang tepat bagi penderita disertai pemantauan pengobatan yang baik memungkinkan penderita kusta menyelesaikan pengobatan tepat waktu yang akan berdampak pada pencapaian eliminasi kusta suatu wilayah.

Penggunaan angka prevalensi di bawah 1 (satu) per 10.000 penduduk sebagai indikator tercapainya eliminasi kusta menyebabkan status eliminasi kusta mudah berubah setiap tahunnya dan sangat dinamis. Perubahan status eliminasi kusta mungkin terjadi apabila ada penurunan atau kenaikan kasus secara signifikan.

Dalam rangka pemutusan transmisi kusta di masyarakat dan menekan penemuan kasus baru serendah mungkin, perlu dilakukan deteksi dini kasus secara intensif dan berkelanjutan diikuti dengan pengobatan secara tepat. Akan tetapi, pendanaan untuk kegiatan deteksi dini melekat pada anggaran BOK yang peruntukannya tergantung prioritas masalah kesehatan di daerah tersebut. Pada beberapa kabupaten/kota yang memiliki kantong kusta sekalipun, Program P2 Kusta tidak dipandang sebagai prioritas masalah kesehatan masyarakat. Akibatnya, program tidak mendapat dukungan sumber daya yang adekuat dari pemerintah daerah tempat. Selain itu, adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita kusta dan keluarganya menghambat penemuan kasus di masyarakat.

Selain hal tersebut, angka prevalensi kusta yang tinggi juga dipengaruhi oleh jumlah kasus terdaftar menerima pengobatan di akhir tahun. Semakin banyak kasus yang tidak menyelesaikan pengobatan secara tepat waktu, akan semakin memperbanyak jumlah kasus terdaftar dan memperberat angka prevalensi. Pasien kusta

tipe PB seharusnya menghabiskan enam blister dalam waktu 6–9 bulan, sedangkan pasien kusta tipe MB seharusnya menghabiskan 12 blister dalam waktu 12–18 bulan. Keterlambatan pasien dalam menyelesaikan pengobatan tepat waktu dipengaruhi oleh beberapa hal di antaranya adanya kelangkaan stok MDT di tingkat pusat dan daerah, masih adanya stigma dan diskriminasi yang menyebabkan pasien enggan mengambil obat secara rutin, kesulitan akses menuju fasyankes, serta kurang maksimalnya dukungan dari keluarga sebagai pengawas minum obat. Keterlambatan menyelesaikan pengobatan tepat waktu mengakibatkan tingginya prevalensi yang mengarah pada tidak tercapainya status eliminasi kusta.

Untuk mencapai indikator eliminasi kusta telah dilakukan beberapa kegiatan antara lain:

1. **Melakukan upaya peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam tatalaksana penderita:**
  - a. Menyelenggarakan satu *batch* kegiatan Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kusta bagi Pengelola Program Kusta secara tatap muka di Hotel Santika, Makassar, Sulsel pada tanggal 18 Februari–1 Maret 2024. Peserta pelatihan merupakan 30 orang pengelola Program P2 Kusta tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
  - b. Menyelenggarakan Pelatihan Program P2 Kusta dan Frambusia bagi Dokter Rujukan Kusta dan Frambusia pada tanggal 4–8 Februari 2024 di Hotel Santika, Makassar, Sulawesi Selatan. Peserta OJT adalah berasal dari 38 provinsi di seluruh Indonesia.
  - c. Menyelenggarakan Workshop Laboratorium Kusta Frambusia bagi Laboratorium Rujukan pada tanggal 27–31 Mei 2024 di Surabaya, dengan total 44 peserta yang berasal dari B/BLKM se-Indonesia, Balai Laboratorium Kesehatan Provinsi se-Indonesia serta dinas kesehatan provinsi.
2. **Advokasi dan Sosialisasi program Pencegahan dan pengendalian Kusta melalui:**

- a. Rangkaian Peringatan Hari NTD Sedunia yang dilaksanakan mulai akhir bulan Januari, bertujuan untuk meningkatkan komitmen pemerintah daerah dalam penanggulangan NTDs dan meningkatkan awareness masyarakat terhadap NTDs. Rangkaian

kegiatan tersebut terdiri dari temu media, penayangan pesan-pesan di media sosial, media cetak, dan media elektronik berkaitan, serta pemasangan media luar ruang (spanduk, umbul-umbul, billboard, backdrop, media elektronik dan lain-lain,

### Gambar 3.5

#### Penyerahan Sertifikat Eliminasi NTDs



- b. Menyelenggarakan Kegiatan Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama DPR RI Komisi IX. Kegiatan dilaksanakan di Kabupaten Banyuwangi, Jawa Timur; Buleleng, Bali; serta Sumba Barat Daya, Nusa Tenggara Timur. Adapun tujuan dari kegiatan ini adalah melakukan advokasi kepada pimpinan setempat serta lintas program dan lintas sektor untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan kemitraan daerah serta melakukan sosialisasi kusta dan frambusia kepada masyarakat di wilayah tersebut.
- c. Advokasi dan Sosialisasi Program P2 Kusta dan Frambusia di Regional Papua, di antaranya dilakukan di Kaimana, Papua Barat; Kota Jayapura dan Kabupaten Jayapura, Papua; Kota Sorong, Papua Barat; dan Timika, Papua Tengah.
- d. Advokasi dilakukan terhadap pemda setempat serta lintas sektor dan lintas

program terkait, sosialisasi program dilakukan terhadap pengelola program provinsi/kabupaten/kota serta puskesmas. Dalam kegiatan tersebut, sekaligus dilakukan kegiatan deteksi dini baik di masyarakat maupun di sekolah serta pemberian obat pencegahan atau kemoprofilaksis terhadap kontak kusta.

3. Memperluas implementasi kegiatan Pemberian Obat Pencegahan Kusta (kemoprofilaksis). Beberapa kabupaten/kota yang melaksanakan inisiasi kemoprofilaksis tahun 2024 di antaranya Kabupaten Biak, Nabire, Wonosobo, Kota Pekalongan, Minahasa, Bolaang Mongondow Utara, Tojo Una-Una, Kota Palu, Kaimana, dan lain sebagainya.
4. *Active case finding* pada 55 kabupaten/kota terpilih berkolaborasi dengan Program TBC.
5. Menyusun Rancangan RPJMN 2025–2029 terutama dalam penajaman indikator, target, dan rincian output upaya pengendalian

penyakit menular kusta.

6. Menyusun juknis dan instrumen asesmen eliminasi kusta berdasarkan definisi operasional terbaru dari WHO, yaitu tidak adanya kasus kusta anak asli baru setidaknya selama lima tahun terakhir dan tidak adanya kasus kusta asli baru dalam tiga tahun terakhir.
7. Melaksanakan asesmen eliminasi kusta pada delapan kabupaten/kota yang telah memasuki eliminasi kusta fase 1 dan 2. Kegiatan ini dilaksanakan di Kota Sabang (1–4 Oktober 2024), Kota Gunung Sitoli dan Nias Utara (15–19 Oktober 2024), Kab Kepahiang (15–18 Oktober 2024), Kab Sekadau (12–15 November 2024), Kota Sungai Penuh (11–15 November 2024), Kota Pagar Alam (9–13 Desember 2024), Kota Solok (2–6 Desember 2024). Berdasarkan asesmen tersebut, Kota Gunung Sitoli, Nias Utara, Sekadau, Sungai Penuh, dan Kota Solok dinyatakan lulus fase 2.
8. Melakukan pengembangan Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA) dengan uji coba sistem di Kabupaten Kuningan, Jabar; Kota Makassar, Sulsel; Kota Batam, Kepri; serta penyempurnaan sistem.
9. Menyelenggarakan on the job training (OJT) Kemoprofilaksis dan Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA). Kegiatan dilaksanakan dengan melibatkan 38 Provinsi seluruh Indonesia dengan narasumber di antaranya adalah Komite Ahli Eliminasi Kusta dan Eradikasi Frambusia, Tim Pencatatan dan Pelaporan Nasional, WHO SEARO dan Indonesia, Perwakilan Direktorat Pengelola dan Pelayanan Kefarmasian, perwakilan Program dan Anggaran Setditjen P2P, Technical Advisor NLR Indonesia dan perwakilan provinsi terpilih di Indonesia. Kegiatan bertujuan untuk peningkatan kapasitas pengelola program terkait pelaksanaan kemoprofilaksis dan pengoperasian SITASIA serta terwujudnya koordinasi dan kolaborasi yang baik dalam penerapan strategi percepatan eliminasi kusta dan eradikasi frambusia.
10. Mengawal proses penyediaan obat MDT dalam negeri bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
11. Surat Direktur P2PM PM.03.03/C. III/7591/2024 tentang Langkah Akhir Tahun Program Pencegahan dan Pengendalian Kusta dan Frambusia Tahun 2024 yang berisi pemberitahuan penggunaan regimen pengobatan Multibasiler/MB yaitu Rifampisin, Dapson (DDS) dan Lampren (klofazimin) untuk tatalaksana kusta tipe Pausibasiler/ PB dengan 6 (enam) dosis. Penggunaan regimen yang sama atau uniform MDT ini memiliki banyak keunggulan di antaranya menghasilkan hasil yang lebih baik bagi tatalaksana kusta tipe PB, memudahkan manajemen logistik obat dan meminimalisir terjadinya efek akibat misklasifikasi diagnosis.
12. Melaksanakan SOP tata laksana penderita bahwa penderita perlu diberikan edukasi dan konseling oleh nakes sebelum memulai pengobatan, pemberian obat MDT kepada penderita kusta di fasyankes dilakukan sebulan sekali, dengan maksimal diberikan untuk 3 bulan, agar petugas kesehatan dapat memantau keteraturan pengobatan serta memonitor perkembangan kecacatan. Apabila ada penderita yang tidak datang mengambil obat, agar petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah dan mencari tahu penyebabnya.

2. Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian target indikator program.
3. Mengawal penyusunan draf Rancangan RPJMN 2025–2029 untuk upaya pengendalian penyakit menular khususnya kusta.
4. Mengawal implementasi *active case finding* kusta integrasi dengan TB di 55 kabupaten/kota terpilih.
5. Memperluas cakupan kegiatan penemuan kasus kusta secara aktif dan berkelanjutan serta inisiasi dan keberlanjutan implementasi kemoprofilaksis terhadap kontak kusta.
6. Mendata kembali pengelola program, dokter, dan analis laboratorium rujukan kabupaten/kota/provinsi yang belum mengikuti pelatihan Program P2 Kusta nasional dan menyelenggarakan kegiatan peningkatan kapasitas bagi tenaga tersebut.
7. Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE untuk penurunan stigma dan diskriminasi.
8. Finalisasi juknis dan tools eliminasi kusta sesuai Kebijakan WHO terbaru serta melakukan sosialisasi terhadap kebijakan baru tersebut.
9. Melaksanakan asesmen eliminasi kusta, terutama pada kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi kusta fase 2, tidak adanya kasus anak asli baru setidaknya selama lima tahun terakhir serta tidak adanya kasus asli baru dalam tiga tahun terakhir.
10. Sosialisasi sitasias ke provinsi/kabupaten/kota/fasyankes secara berjenjang, penyempurnaan sistem serta mengawal integrasi dengan Satu Data Kesehatan.
11. Sosialisasi kebijakan penggunaan uniform MDT kepada provinsi/kabupaten/kota hingga fasyankes.
12. Mengawal proses penyediaan dan distribusi obat MDT dalam negeri termasuk rifampisin untuk kegiatan kemoprofilaksis.

### 3.1.10. Indeks Pengendalian Penyakit Menular

Indikator indeks pengendalian penyakit menular mempunyai definisi operasional yaitu Indeks penyakit menular schistosomiasis, rabies, DBD, filariasis, malaria dan kusta yang besarannya berkisar antara 0–1. Untuk mengetahui indeks pengendalian penyakit menular dihitung dengan cara penghitungan komposit dengan formulasi indeks melalui pembobotan menggunakan *urgency, seriousness and growth* (USG) dari indikator desa yang eliminasi schistosomiasis, kabupaten/kota eliminasi rabies, kabupaten/kota dengan insiden rate (IR) DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk, kabupaten/kota eliminasi filariasis, kabupaten/kota eliminasi malaria dan kabupaten/kota eliminasi kusta.

Indikator indeks pengendalian penyakit belum ada pada renstra awal tahun 2020–2024, tetapi baru terdapat pada Revisi Renstra Tahun 2022–2024. Sesuai dengan definisinya, indikator indeks pengendalian penyakit menular terdiri dari komposit beberapa indikator berikut:

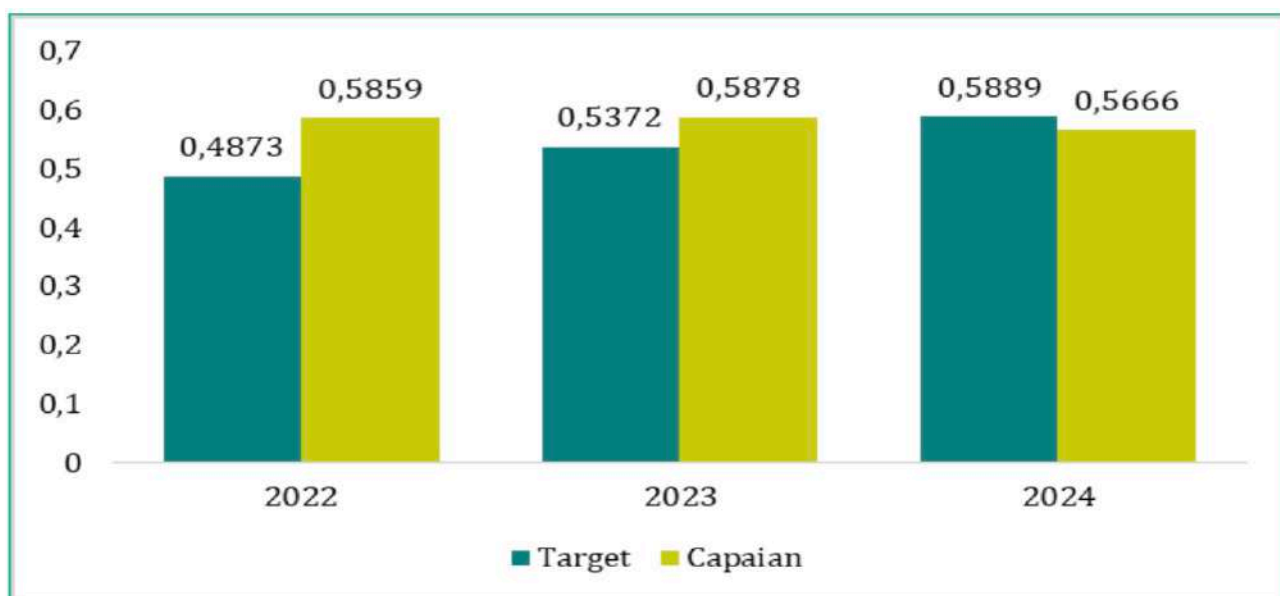
1. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi.
2. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies.
3. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk.
4. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi.
5. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria.
6. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta.

Tahun 2024, Indikator Indeks Pengendalian Penyakit Menular memperoleh hasil capaian 0,5666 dari target 0,5889 atau sebesar 96,21%. Perbandingan capaian Indikator Indeks Pengendalian Penyakit Menular tahun 2022–2024 dapat dilihat pada grafik berikut:

#### Grafik 3.22

#### Target dan Capaian Indeks Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2022–2024

Sumber data: Direktorat P2PM, Januari 2025



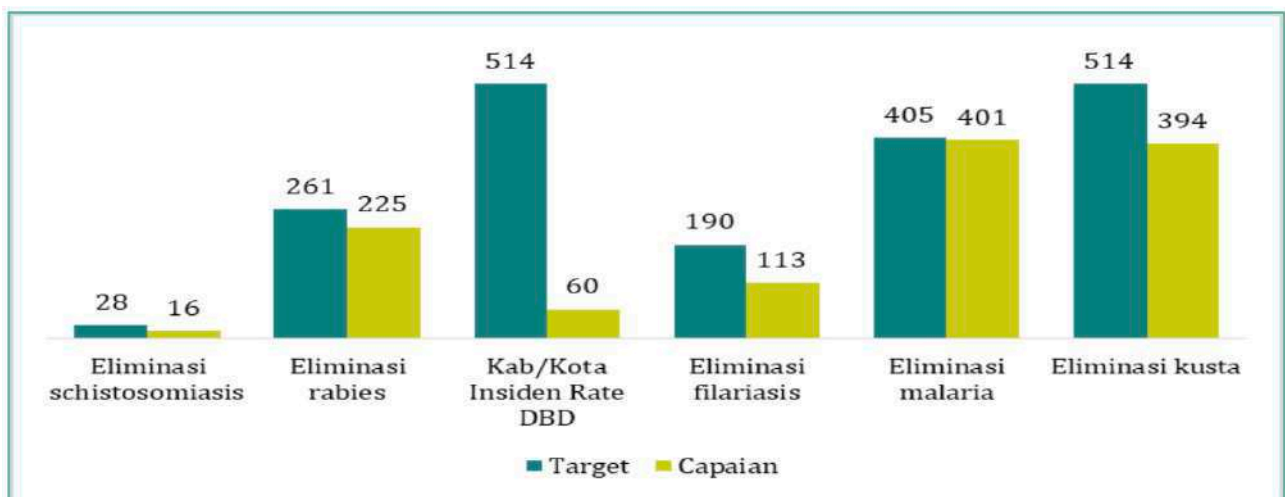
Grafik di atas menunjukkan capaian indikator indeks pengendalian penyakit menular mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2022 (120,23%) dan 2023 (109,42%). Capaian indeks pengendalian penyakit menular berbanding lurus dengan banyaknya indikator komposit yang telah memenuhi target di mana semakin banyak indikator komposit yang mencapai target maka indeks semakin tinggi. Pembobotan pada indikator komposit di dalam indeks pengendalian penyakit menular juga berpengaruh terhadap hasil capaian. Pada indikator indeks pengendalian penyakit menular yang mempunyai bobot lebih besar yaitu indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies, jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk dan kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria. Hal ini disebabkan karena pada ketiga indikator ini memiliki tingkat penularan dan risiko hingga kematian. Oleh karenanya, capaian pada ketiga indikator tersebut dapat mempengaruhi nilai indeks lebih besar daripada indikator lainnya.

Penurunan capaian Indeks Pengendalian Penyakit Menular di 2024 disebabkan ketidaktercapaian semua indikator komposit indeks. Capaian jumlah desa schistosomiasis yang mencapai eliminasi stagnan selama tahun 2022–2024, sementara target tahun 2024 bertambah dari tahun sebelumnya. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi rabies berkurang dari tahun 2023 akibat meningkatnya kasus pada beberapa daerah yang telah mencapai eliminasi rabies. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk semakin menurun hingga akhir tahun. Sementara pada indikator Jumlah kab/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi, kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dan Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta secara total bertambah dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Namun, target tahun 2024 lebih tinggi sehingga persentase capaiannya pun menurun. Capaian setiap indikator komposit pada indeks pengendalian penyakit menular tahun 2024 digambarkan dalam grafik berikut ini:

### Grafik 3.23

#### Target dan Capaian Indikator Komposit Indeks Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024

Sumber data: Direktorat P2PM, Januari 2025



Indikator indeks pengendalian penyakit diperoleh dari capaian enam indikator komposit yakni jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi, jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies, jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk, jumlah kabupaten/

kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi, kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dan kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta. Gambaran capaian enam indikator komposit adalah sebagai berikut:



### 1. Indikator Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi

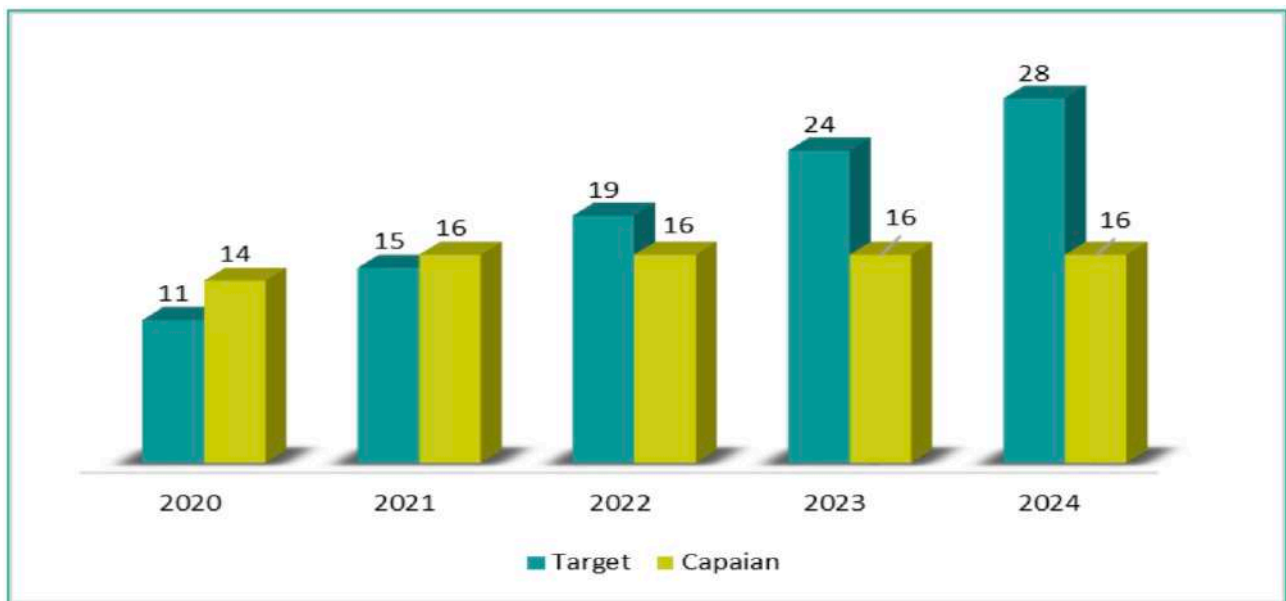
Capaian indikator jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi pada tahun 2024 adalah sebanyak kumulatif 16 desa dari target 28 desa, dengan pencapaian sebesar

57,14%. Perbandingan target dan capaian tahun 2020–2024 digambarkan dalam grafik berikut ini:

#### Grafik 3.24

#### Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2020–2024

Sumber: Data Tim Kerja NTDs, Januari 2025

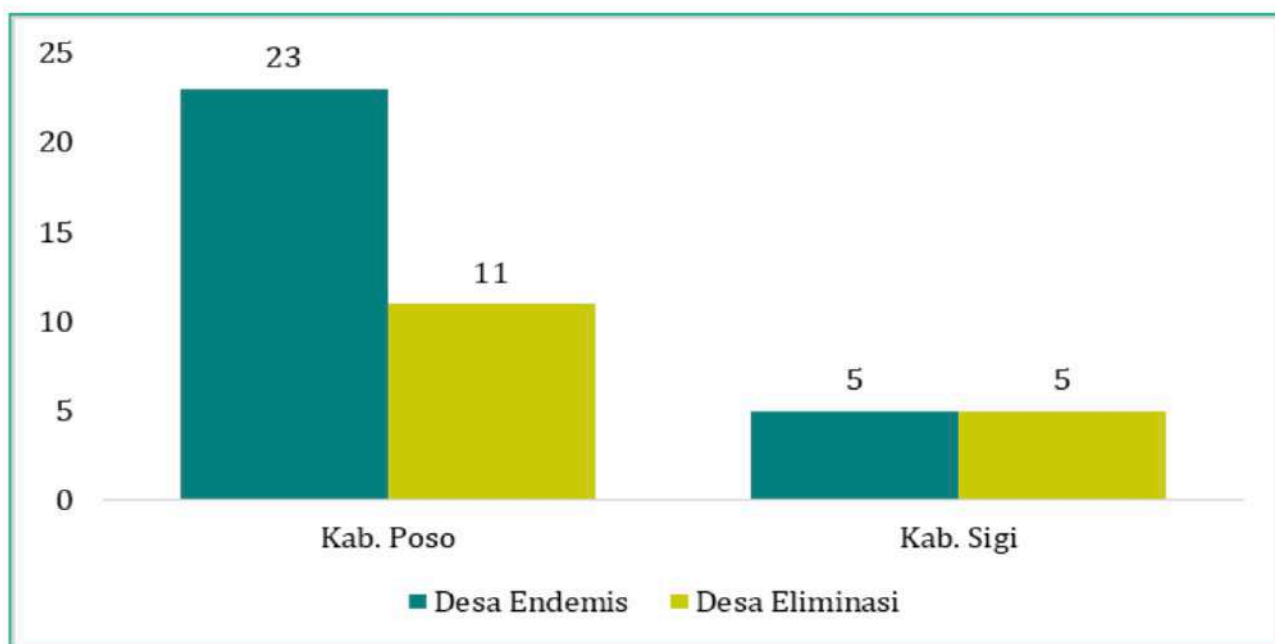


Grafik di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2020–2021 jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi berhasil memenuhi target yang telah ditetapkan, tetapi pada tahun 2022–2023 capaian stagnan hanya 16 desa yang mencapai target. Pada tahun 2024 dari target 28 desa dengan hasil survei prevalensi schistosomiasis 0% pada manusia secara kumulatif hanya tercapai 16 desa yang prevalensi schistosomiasisnya 0%

pada manusia. Berdasarkan Permenkes Nomor 19 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Eradikasi Demam Keong Tahun 2018–2025 yang dimaksud eliminasi schistosomiasis adalah angka kejadian penyakit pada manusia turun menjadi 0%. Capaian desa endemis yang sudah berhasil menurunkan prevalensi schistosomiasis 0% pada manusia di kabupaten endemis bisa dilihat pada grafik berikut:

**Grafik 3.25**

Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi per Kabupaten Endemis Tahun 2024



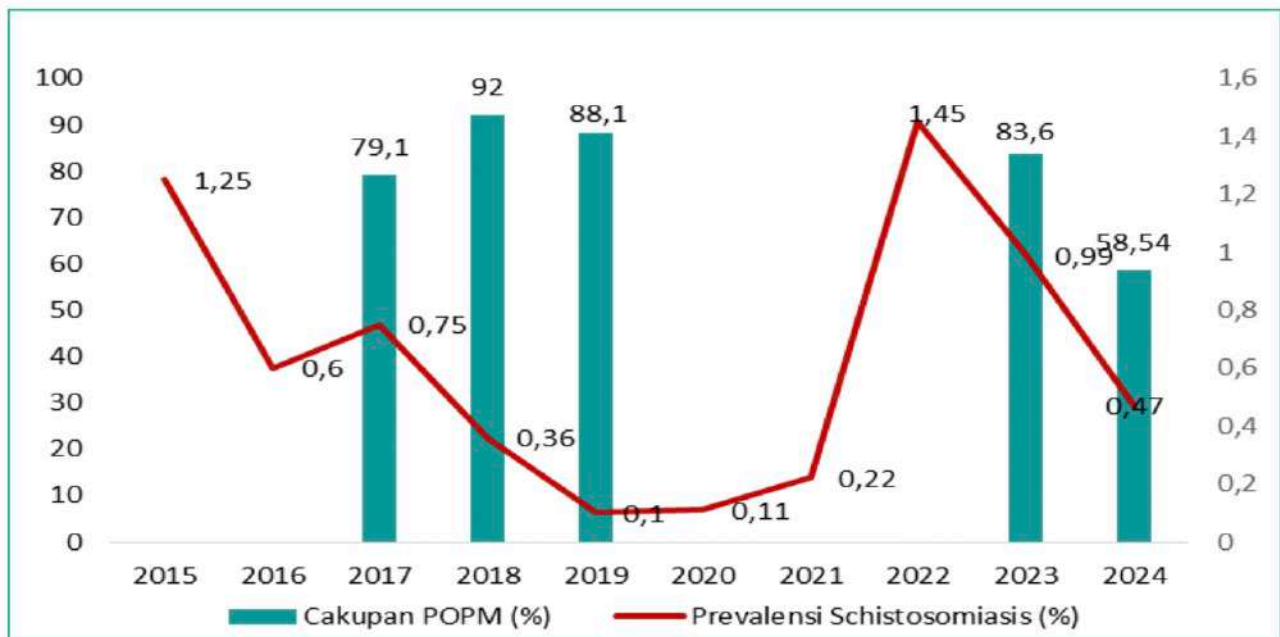
Fase dalam menuju eliminasi schistosomiasis yaitu fase akselerasi (2018–2019), fase memelihara prevalensi 0% (2020–2024), serta fase verifikasi dan deklarasi eliminasi (2030). Upaya eliminasi schistosomiasis meliputi strategi untuk penanganan manusia, hewan dan lingkungan secara terpadu dan menyeluruh. Didukung ketersediaan layanan air minum dan sanitasi, pemberdayaan masyarakat, dan sistem pemantauan dan evaluasi kemajuan hasil yang penting untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Namun demikian masih banyak upaya yang masih belum selaras dengan Roadmap Eliminasi Schistosomiasis

tahun 2018–2025, Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) dilaksanakan pada manusia yang berpotensi terkena schistosomiasis, tetapi POPM schistosomiasis belum dilaksanakan pada hewan reservoir.

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

**Grafik 3.26**

Prevalensi Schistosomiasis pada Manusia Tahun 2015–2024



Berdasarkan grafik di atas prevalensi schistosomiasis pada manusia sejak tahun 2016 mengalami penurunan dan berada di bawah 1% dan terus mengalami penurunan sampai tahun 2021. Prevalensi tersebut berangsur menurun setelah dilaksanakan pengobatan massal dengan praziquantel pada tahun 2017–2019. Tahun 2020 dan 2021 prevalensi schistosomiasis mengalami sedikit peningkatan, namun pada tahun 2022 prevalensi schistosomiasis mengalami peningkatan yang cukup besar menjadi sebesar 1,45%. Dari hasil di atas, maka POPM schistosomiasis sangat diperlukan untuk menurunkan prevalensi schistosomiasis pada manusia, pada tahun 2024 dilaksanakan POPM tetapi hanya dilakukan di 18 desa yang pada tahun sebelumnya masih ditemukan kasus positif schistosomiasis, wilayah

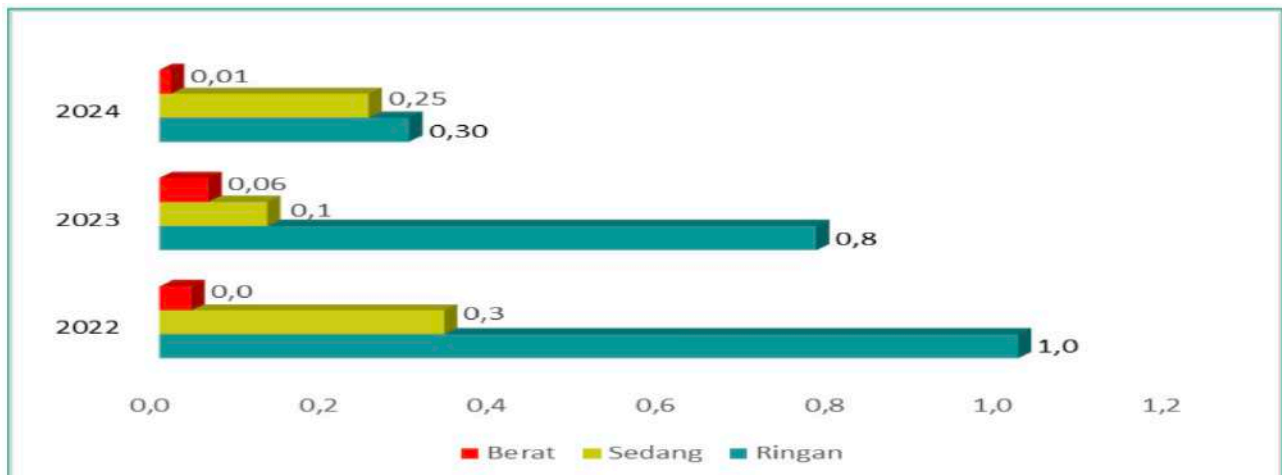
Napu ada 15 desa dan tiga desa di wilayah Lindu. Namun demikian cakupan POPM 2024 hanya 58.54% penduduk yang minum obat.

Secara global terdapat 78 negara endemis schistosomiasis dan 51 di antaranya memiliki tingkat penularan sedang hingga tinggi. Penyakit ini masih ditemukan di tiga negara yaitu Republik Rakyat Tiongkok, Filipina, dan Indonesia. Berdasarkan *Global Neglected Tropical Disease (NTDs) Roadmap 2021–2030* ditargetkan tahun 2030 tercapai eliminasi schistosomiasis sebagai masalah kesehatan di seluruh negara, dengan indikator utama proporsi infeksi berat kurang dari 1% pada manusia. Mangacu pada indikator target global WHO Infeksi berat kurang dari 1% pada manusia dari tahun 2022 sampai 2024 eliminasi schistosomiasis

### Grafik 3.27

#### Intensitas Infeksi Schistosomiasis pada Manusia

Sumber data: Direktorat P2PM, Januari 2025



Berdasarkan grafik di atas intensitas infeksi schistosomiasis dari tahun 2022–2024 sudah baik, masih di bawah 1% pada intensitas ringan, sedang maupun berat. Secara target global WHO eliminasi

schistosomiasis pada manusia yaitu Infeksi berat schistosomiasis pada manusia kurang dari 1% maka Indonesia sudah mencapai eliminasi.

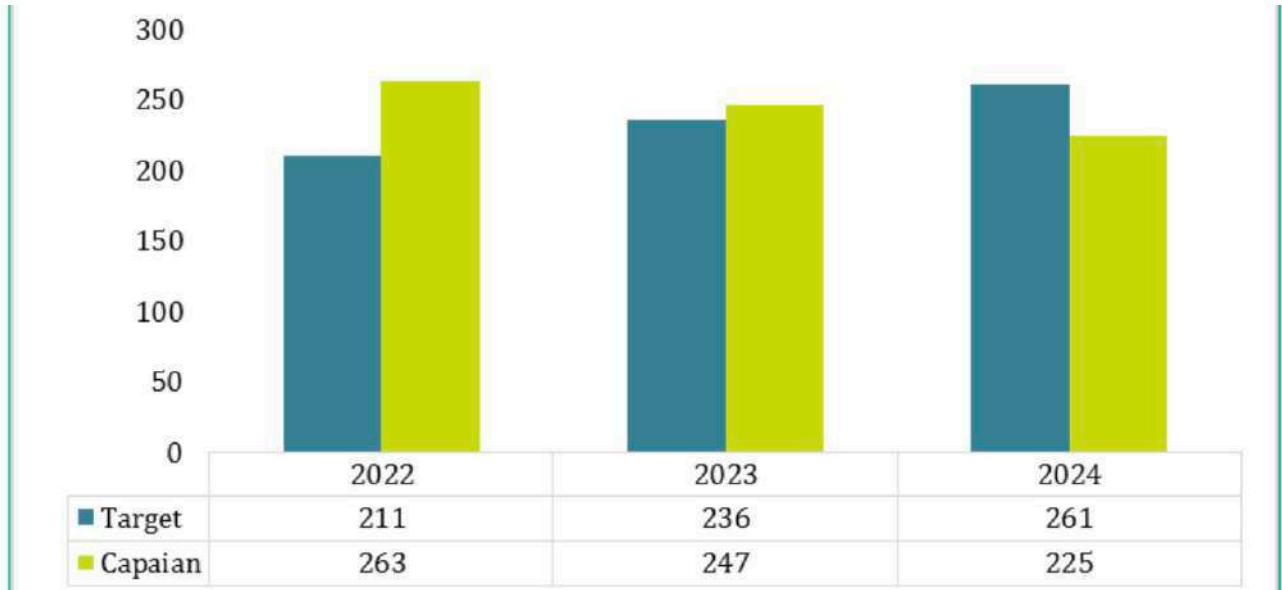
2. Indikator Jumlah Kabupaten/Kota Eliminasi Rabies

Indikator dimulai dari awal tahun 2022 seiring dengan Revisi Renstra Rahun 2020–2024. Sesuai dengan definisi operasional, realisasi capaian indikator kinerja tahun 2024 menggunakan data

kasus rabies tahun 2022 dan 2023. Data capaian target indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dapat dilihat dari grafik di bawah ini:

**Grafik 3.28**  
Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Rabies yang Mencapai Eliminasi Tahun 2022– 2024

Sumber data: Data Tim Kerja Zoonosis, Januari 2025



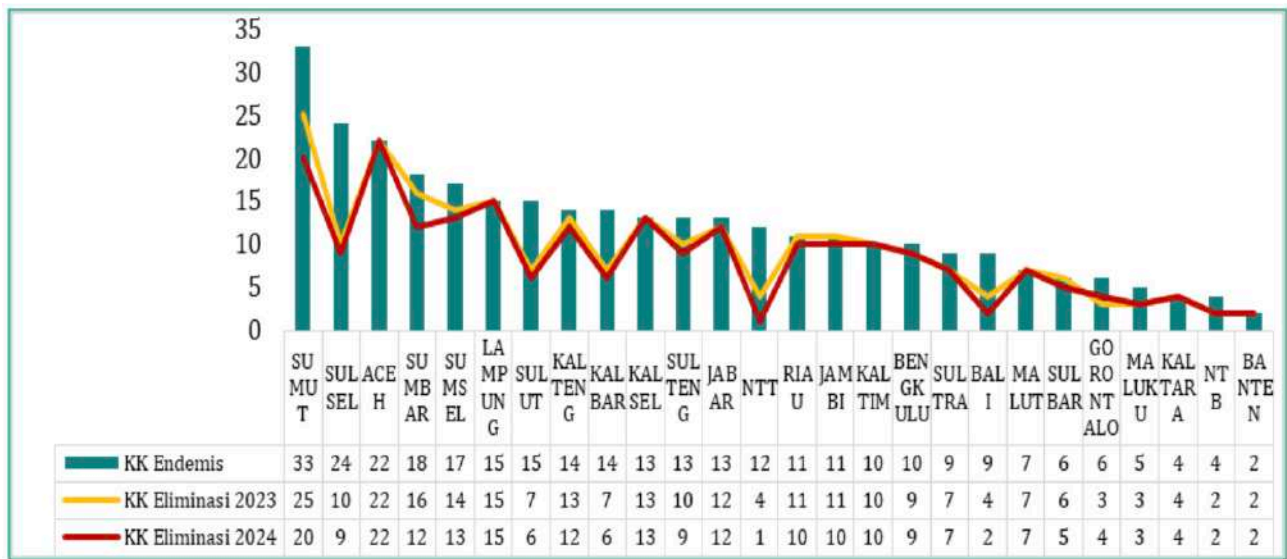
Grafik di atas menunjukkan pada tahun 2022 capaian indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dari target 211 kabupaten/kota, berhasil dicapai sebanyak 263 kabupaten/kota. Pada tahun 2023 mengalami penurunan menjadi 247 kabupaten/kota namun masih memenuhi target yang telah ditetapkan. Pada tahun 2024 capaian mengalami penurunan menjadi 225 kabupaten/kota. Capaian indikator tahun 2024 lebih rendah bila dibandingkan tahun sebelumnya serta tidak mencapai target yang sudah ditetapkan di RPJMN

2020–2024 sebanyak 261 kabupaten/kota. Penurunan ini disebabkan oleh ada akibat kematian rabies di beberapa kabupaten/kota bebas atau yang sudah mencapai eliminasi.

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

**Grafik 3.29**  
**Jumlah Kabupaten/Kota Eliminasi Rabies per Provinsi Tahun 2023–2024**

Sumber data: Data Tim Kerja Zoonosis, Januari 2025



Berdasarkan grafik tersebut, distribusi jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies terdapat di 26 provinsi endemis rabies. Adapun 12 provinsi yang masih dinyatakan sebagai daerah bebas rabies adalah Kepulauan Riau, Kepulauan Bangka Belitung, Papua, Papua Barat, Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Barat Daya, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, dan Jawa Timur. Capaian eliminasi rabies tahun 2023 dan 2024 di setiap provinsi tersebut berbeda-beda. Setidaknya ada 7 provinsi yang 100 % kabupatean/kotanya telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2023 dan 2024 yaitu Provinsi Aceh, Lampung, Banten, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Maluku Utara dan Kalimantan Utara. Jumlah ini lebih sedikit bila dibandingkan dengan provinsi yang 100% kabupaten/kotanya telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2022 dan 2023. Ini disebabkan karena

adanya KLB yang terjadi di beberapa daerah yang semula bebas rabies, peningkatan populasi hewan penular rabies di beberapa daerah, serta kurangnya cakupan vaksinasi pada hewan penular rabies.

Pada tahun 2023 di Kabupaten Bandung Barat terjadi kematian manusia akibat rabies, sehingga Provinsi Jawa Barat tidak 100% kabupaten/kotanya eliminasi rabies. Selain itu, kematian akibat rabies ini juga menambah jumlah kabupaten/kota endemis rabies. Penambahan kabupaten/kota endemis juga terjadi di Provinsi Nusa Tenggara Timur yaitu Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS), Timor Tengah Utara (TTU) dan Malaka. Sehingga jumlah kabupaten/kota endemis tahun 2024 bertambah dari 313 menjadi 317 kabupaten/kota. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per



### 3. Indikator Jumlah Kabupaten/Kota dengan Insiden Rate DBD $\leq 10$ per 100.000 Penduduk

Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk selama periode 2020–2024 dapat dilihat pada grafik berikut:

#### Grafik 3.30

Target dan Capaian Jumlah Kabupaten/Kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk Tahun 2020–2024

Sumber data: Direktorat P2PM, Januari 2025



Berdasarkan grafik diatas, sebanyak 60 (12%) kabupaten/kota yang sudah mencapai target indikator insiden rate (IR)  $\leq 10$  per 100.000 penduduk dari target 488 kabupaten/kota (95%). Capaian tahun 2024 menurun jika dibandingkan dengan capaian tahun 2023 yaitu 111 (22%) kabupaten/kota yang memiliki IR  $\leq 10/100.000$  penduduk.

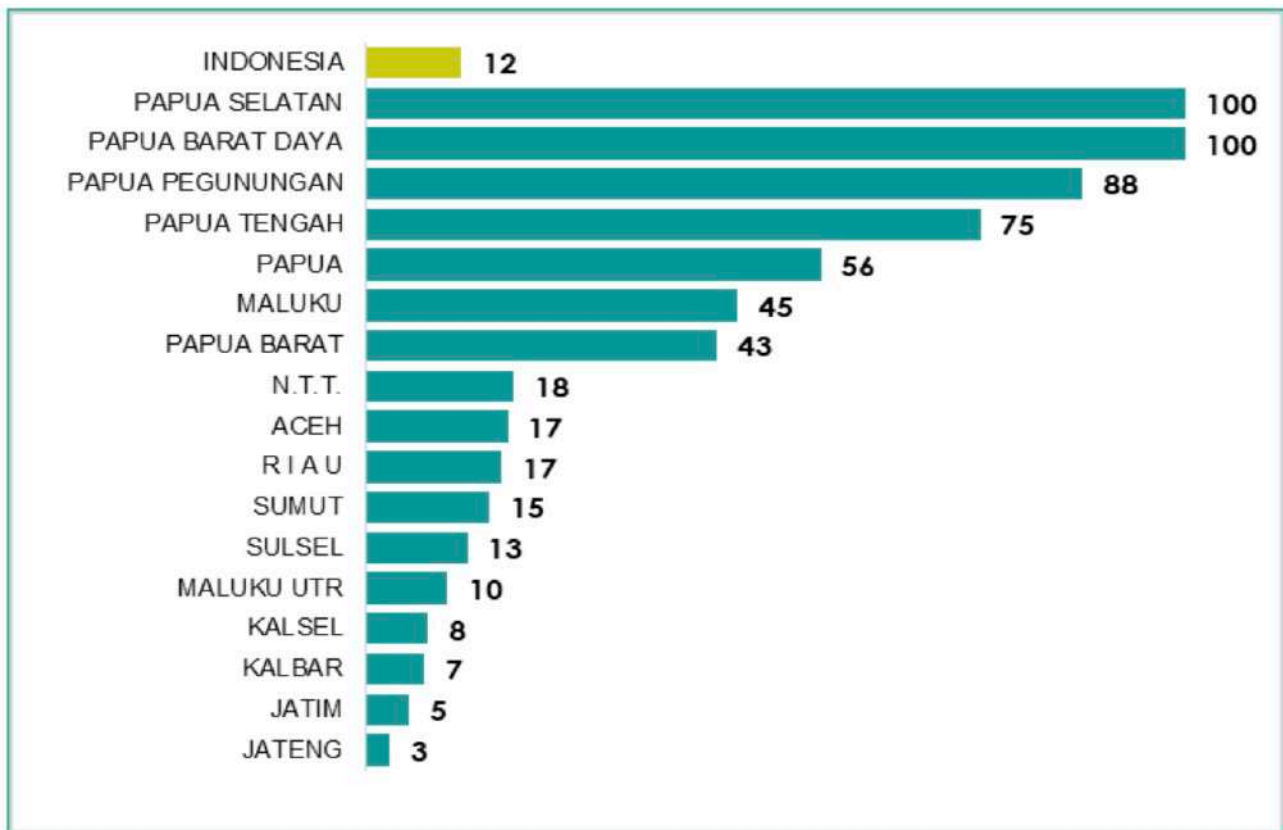
Tahun 2020–2021, nilai IR DBD yang telah ditetapkan dalam Renstra Kemenkes Tahun 2020–2024 yaitu  $\leq 49$  per 100.000 penduduk. Tren capaian persentase kabupaten/kota yang mempunyai IR  $\leq 49$  per 100.000 penduduk pada

tahun 2020 dan 2021 capaian telah melebihi target yang ditentukan. Tahun 2022 target indikator berubah dari sebelumnya persentase kabupaten/kota IR  $\leq 49$  per 100.000 penduduk menjadi IR  $\leq 10/100.000$  penduduk. Capaian persentase kabupaten/kota IR  $\leq 10$  per 100.000 penduduk tahun 2022 hanya mencapai 16% sedangkan di tahun 2023 sebesar 22%. Berdasarkan capaian persentase kinerja tahun 2023 mengalami peningkatan dari 20% tahun 2022 menjadi 26% tahun 2023. Capaian pada semester I tahun 2024 capaian program turun menjadi 18% dan semester II pada akhir tahun 2024 indikator proporsi kabupaten/kota IR  $\leq 10$  per 100.000 penduduk tidak dapat tercapai (12%).

### Grafik 3.31

Kabupaten/Kota yang Mencapai Target 95% dengan  $IR \leq 10/100.000$  Penduduk per Provinsi Tahun 2024

Sumber data: Direktorat P2PM, Januari 2025



Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa 60 kabupaten/kota yang memiliki  $IR \leq 10$  per 100.000 penduduk tersebar hanya di 17 provinsi. Terdapat dua provinsi yang seluruh kabupaten/kotanya (100%) telah mencapai target  $IR \leq 10/100.000$  penduduk. Target program DBD tercapai di dua provinsi dapat merupakan gambaran kondisi yang

sesungguhnya di wilayah tersebut atau terdapat kemungkinan merupakan gambaran dari hambatan dalam mendeteksi kasus oleh karena fasilitas diagnosis (RDT NS1 Combo) yang kurang memadai dan system surveilans yang lemah sehingga terkendala dalam melaporkan kasus dengue/DBD yang sebenarnya terjadi (under reporting).

#### 4. Indikator Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi

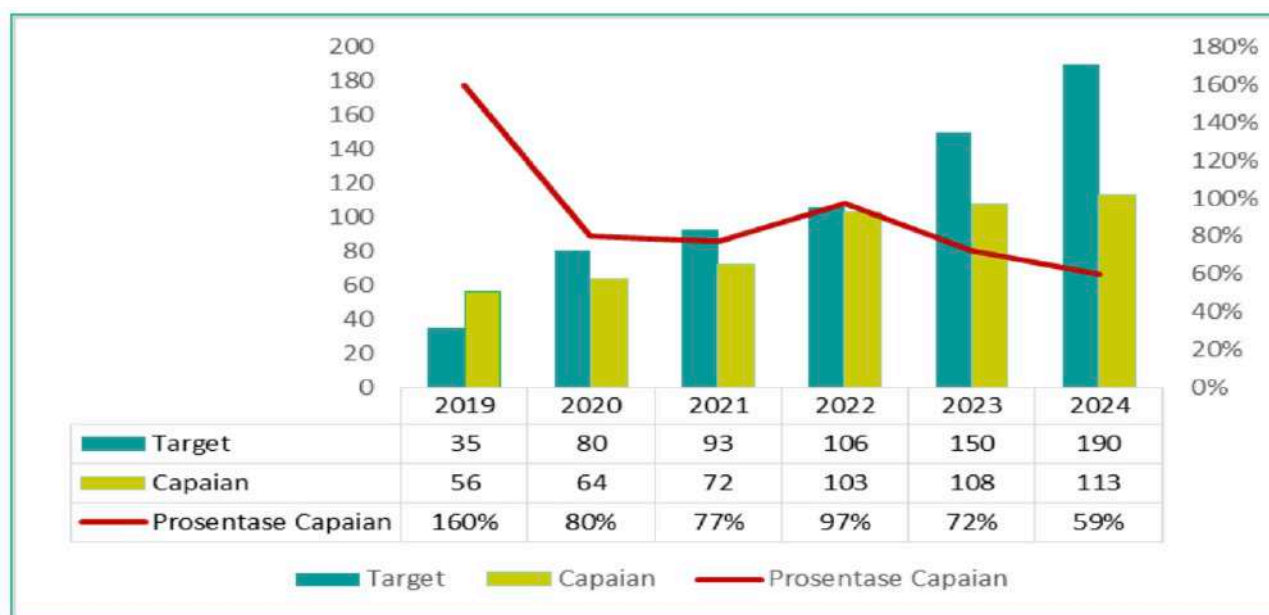
Indonesia telah menetapkan sebanyak 236 kabupaten/kota dari total 514 kabupaten/kota adalah daerah endemis filariasis. Seluruh kabupaten/kota endemis filariasis tersebut telah dibuat peta proses tahapan menuju eliminasi filariasis berdasarkan data dimulainya POPM filariasis seluas kabupaten/kota, cakupan POPM

filariasis, serta hasil tahapan survei evaluasi filariasis. Dari data tersebut maka dapat ditentukan jumlah kabupaten/kota endemis filariasis telah berhasil mencapai eliminasi filariasis pertahunnya. Capaian eliminasi filariasis tahun 2020–2024 digambarkan dalam grafik berikut ini:

**Grafik 3.32**

Target dan Capaian Kabupaten/Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2019–2024

Sumber data: Direktorat P2PM, Januari 2025



Dalam kurun waktu lima tahun pada rentang tahun 2019–2024 terlihat bahwa capaian indikator eliminasi filariasis cukup fluktuatif. Tahun 2019 dapat mencapai hasil tertinggi sebesar 160%. Tetapi, pada tahun berikutnya terjadi penurunan capaian yaitu menjadi 80% dan 77% pada tahun 2020–2021. Hal ini terjadi akibat dampak pandemi COVID-19, di mana tidak memungkinkan dilaksanakannya survei evaluasi penilaian penularan di kabupaten/kota endemis. Pada tahun 2022 situasi pandemi COVID-19 sudah mulai terkendali sehingga capaian indikator kembali meningkat hingga 97% dari target. Pada tahun 2023 persentase capaian indikator terus menurun hal ini disebabkan karena alat test (*brugia rapid test*)

masih belum ada. Sehingga kegiatan evaluasi masih belum optimal meskipun telah dilakukan tes dengan pengganti brugia (*Brugia Impact Survey/ BIS*), akan tetapi dikarenakan pembiayaan yang cukup besar sehingga hanya sedikit kabupaten/kota yang bisa dievaluasi. Sampai dengan tahun 2024, sebanyak 113 kabupaten/kota dari target 190 kabupaten/kota endemis telah berhasil mencapai eliminasi filariasis atau dengan pencapaian sebesar 59%. Berdasarkan grafik tersebut maka dapat diproyeksikan pada tahun 2024, target kabupaten/kota endemis filariasis berhasil mencapai eliminasi belum dapat tercapai dengan optimal seiring meningkatnya target yang ditetapkan.

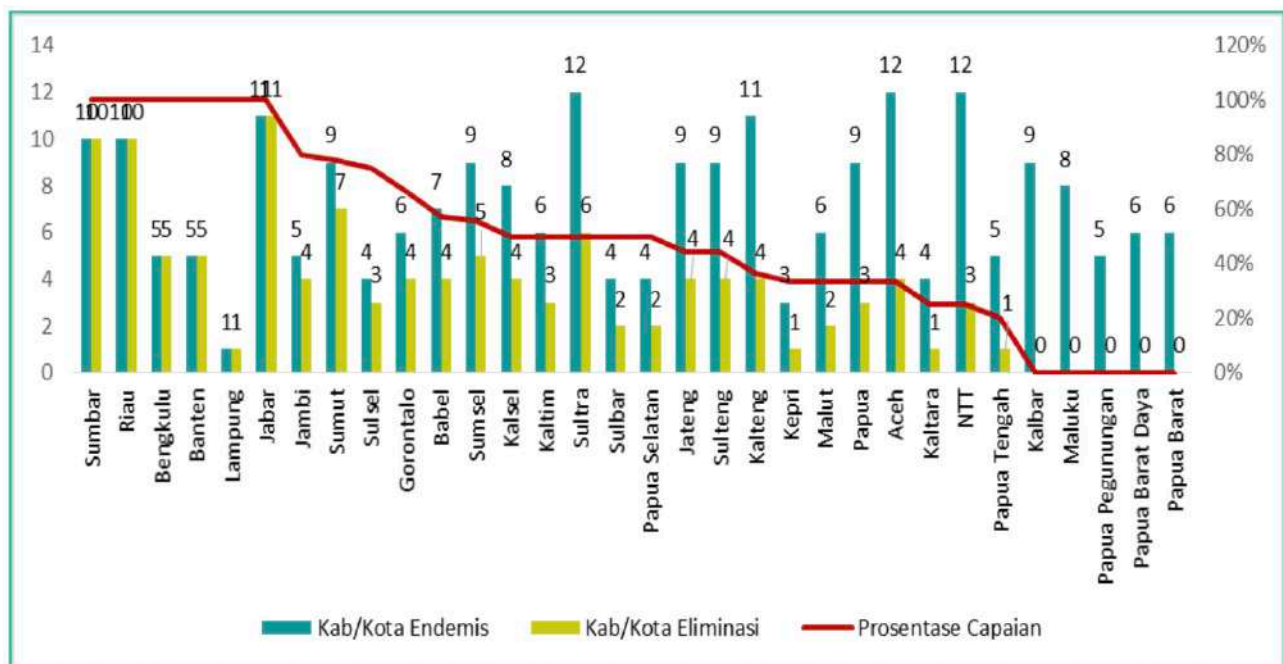
Peningkatan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi filariasis menunjukkan bahwa upaya penanggulangan filariasis telah dilaksanakan dengan baik sesuai tahapannya baik di tingkat pusat hingga daerah mulai melalui POPM filariasis

selama minimal lima tahun dengan cakupan minimal 65% total penduduk hingga pelaksanaan kegiatan surveilans. Data kabupaten/kota endemis filariasis yang telah berhasil mencapai eliminasi filariasis per provinsi dapat dilihat dalam grafik berikut ini :

### Grafik 3.33

#### Kabupaten/Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi per Provinsi Tahun 2024

Sumber data: Direktorat P2PM, Januari 2025



Dari data di atas terdapat provinsi yang seluruh kabupaten/kota endemis dinilai telah mencapai eliminasi filariasis yaitu Provinsi Sumatera Barat, Riau, Bengkulu, Lampung, Banten dan Jawa Barat. Sedangkan provinsi yang capaian eliminasinya masih 0% dikarenakan kabupaten/kota endemis masih melaksanakan POPM atau masuk dalam tahap surveilans pasca-POPM adalah Provinsi Kalimantan Barat, Maluku, dan wilayah Papua Pegunungan, Papua Barat dan Papua Barat Daya.

Secara global, terdapat 72 negara endemis filariasis di dunia. Berdasarkan laporan WHO hingga tahun 2024, terdapat 17 negara endemis filariasis yang berhasil mencapai eliminasi, 11 negara memasuki

tahap surveilans pasca-POPM filariasis, 35 negara tahap POPM filariasis dengan cakupan geografis 100%, 7 negara tahap POPM filariasis dengan cakupan geografis < 100%, dan dua negara belum melaksanakan POPM filariasis. Indonesia adalah salah satu negara endemis filariasis yang saat ini masih memasuki tahap POPM Filariasis dengan cakupan geografis sebesar 100% yang artinya seluruh kabupaten/kota endemis filariasis telah memulai tahapan POPM filariasis. Pada tahun 2024, sebanyak 23 kabupaten/kota masih melaksanakan POPM filariasis, di mana sebagian besar masih belum mencapai target cakupan terutama di wilayah Indonesia Timur termasuk tambahan dua putaran bagi kabupaten/kota yang gagal evaluasi.

## 5. Eliminasi Malaria

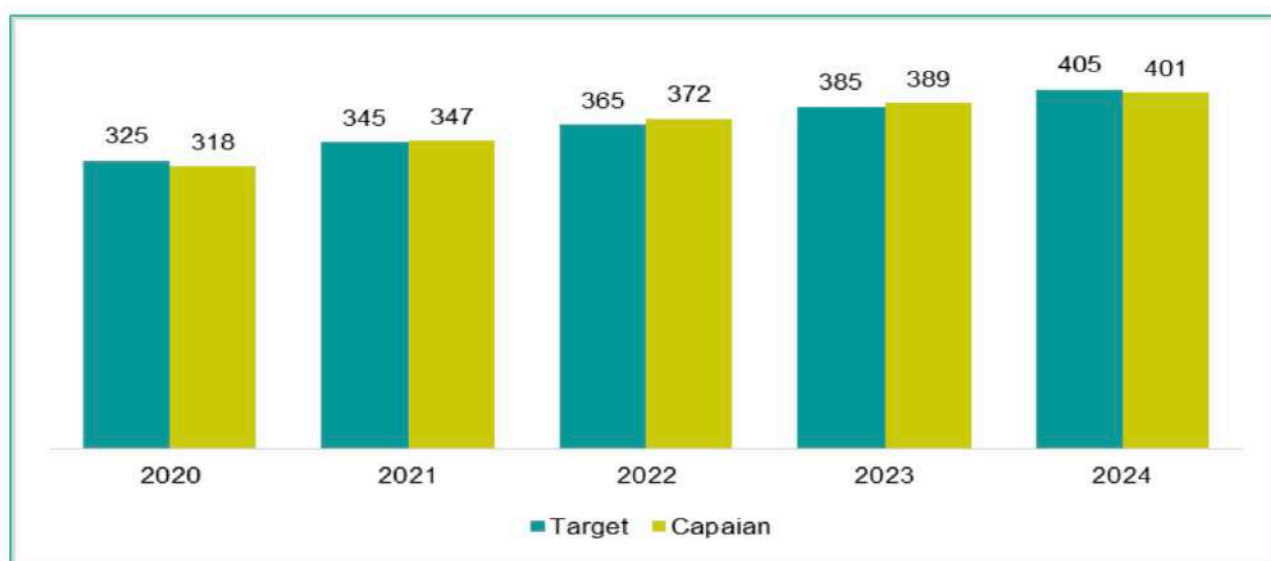
Indikator komposit lainnya adalah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria, capaian tahun 2024 sebesar 401 kabupaten/kota dari target 405 kabupaten/kota atau sebesar 99%. Jika dibandingkan dengan tren capaian eliminasi malaria pada periode tahun 2020–2023 cenderung

mengalami peningkatan setiap tahunnya dan telah mencapai target dan selama semester II jumlah kab/kota yang mencapai eliminasi malaria meningkat tiga kabupaten/kota. Tren capaian eliminasi malaria dapat digambarkan pada grafik di bawah ini:

### Grafik 3.34

#### Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia Tahun 2020–2024

Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, Januari 2025



Grafik di atas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan capaian realisasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi dalam kurun waktu tahun 2020 sampai dengan tahun 2024. Secara nasional untuk target kumulatif tahun 2024 sebanyak 405 kabupaten/kota. Namun, sampai akhir tahun 2024 adalah 401 kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dengan capaian kinerja 99%. Penambahan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria pada selama tahun 2024 berasal dari 12 kabupaten/kota di 13 provinsi, yaitu Provinsi Sumatera Selatan (1 kabupaten), Jambi (1 kabupaten), Lampung (1 kota) Kalimantan Barat (3 kabupaten), Sulawesi tengah (2 kabupaten), Papua Barat (1 kabupaten) Provinsi Kepulauan Riau (Kep. Anambas) Provinsi Nusa Tenggara Barat (Sumbawa Barat) dan Provinsi Kalimantan Selatan (Tanah Bumbu).

Sebanyak 78% kabupaten/kota di Indonesia telah mencapai eliminasi malaria. Terdapat dua kabupaten/kota di tanah Papua yang telah berhasil mencapai eliminasi malaria di tanah Papua yaitu Kabupaten Sorong Selatan Provinsi Papua Barat Daya dan Kabupaten Pegunungan Arfak Provinsi Papua Barat. Terdapat sembilan Provinsi dengan seluruh kabupaten/kota (100%) telah eliminasi malaria yakni Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta Jawa Timur, Banten, Bali, Riau, Bengkulu dan Sumatera Selatan. Namun, baru 5 Provinsi (Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Banten, dan Bali) yang telah mendapat sertifikat eliminasi malaria tingkat provinsi.

## 6. Eliminasi Kusta

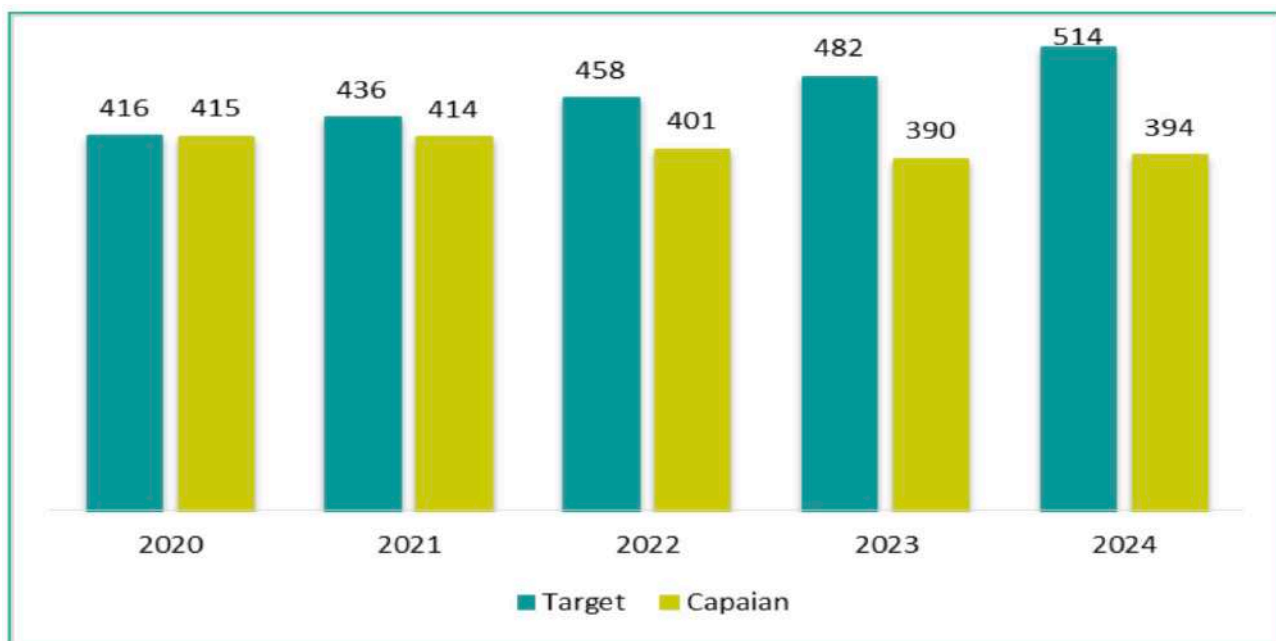
Capaian kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta tahun 2024 adalah sebesar 394 kabupaten/kota dari target indikator 514 kabupaten/kota (capaian kinerja 76,65%). Data capaian dapat mengalami perubahan karena belum dilakukan

validasi dan finalisasi data tahun 2024. Validasi dan finalisasi data tahun 2024 direncanakan akan dilakukan di akhir Januari 2025. Target dan capaian indikator tersebut dari tahun 2020–2024 digambarkan dalam grafik sebagai berikut:

### Grafik 3.35

#### Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Mencapai Eliminasi Kusta Tahun 2020–2024

Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, Januari 2024



Grafik di atas menunjukkan bahwa target indikator kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta 2020–2024 tidak pernah tercapai. Di tingkat global, WHO melaporkan sebanyak 182.815 kasus kusta baru yang ditemukan sepanjang tahun 2023, dengan jumlah penderita terdaftar di akhir tahun sebesar 172.570 kasus. Sebanyak 95,7% kasus di seluruh dunia berasal dari 23 negara prioritas global, termasuk Indonesia. Indonesia telah mencapai eliminasi di tingkat nasional (angka prevalensi < 1 (satu) per 10.000 penduduk) sejak tahun 2000. Sebagai pembanding, dari 23 negara prioritas tersebut, Brazil, Comoros, Kiribati, dan Sudah Selatan masih memiliki angka prevalensi

> 1 (satu) per 10.000 penduduk. Di Indonesia, berdasarkan data Program P2 Kusta per 7 Januari 2024, penderita yang terdaftar masih dalam pengobatan pada akhir tahun 2024 diketahui sebanyak 19.825 kasus dengan angka prevalensi 0,71 per 10.000 penduduk. Meskipun demikian, jika dilihat dari jumlah kasus kusta baru, Indonesia masih menempati urutan ketiga negara penyumbang kasus kusta baru terbesar di dunia, setelah India dan Brazil. Sebanyak 11.399 kasus baru ditemukan pada tahun 2024 dengan angka penemuan kasus baru 4,08 per 100.000 penduduk.

Status eliminasi kusta yang sebenarnya dapat



tercapai dengan melakukan deteksi dini kasus kusta secara intensif dan berkelanjutan dalam rangka penghentian transmisi kusta di masyarakat. Pelaksanaan kegiatan deteksi dini tersebut memungkinkan penderita dapat ditemukan sedini mungkin sebelum berkembangnya disabilitas, sehingga turut mempengaruhi capaian indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat. Selain itu, pengobatan yang tepat bagi penderita disertai pemantauan pengobatan yang baik memungkinkan penderita kusta menyelesaikan pengobatan tepat waktu yang akan berdampak pada pencapaian eliminasi kusta suatu wilayah.

### 7. Penguatan Advokasi, Koordinasi dan Peran Aktif Lintas Program Maupun Lintas Sektor

Kegiatan ini dilakukan untuk memperoleh dukungan dan kontribusi kementerian/lembaga lain dan pemerintah daerah. Wujud dari upaya penguatan advokasi serta koordinasi di antaranya yaitu monitoring dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- Menerbitkan surat Menteri Kesehatan ke Menteri Pertanian dalam hal penguatan dukungan pencapaian eliminasi rabies melalui vaksinasi rabies;
- Koordinasi Kementerian Lembaga terkait dan Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Tengah dan Kabupaten Poso dan Sigi dalam memberantas habitat keong penular schistosomiasis;
- Advokasi dengan bupati mengoptimalkan pokjanel melaksanakan PSN 3M;
- Advokasi dengan pemerintah daerah endemis filariasis untuk meningkatkan cakupan pemberian obat massal pencegahan filariasis;
- Promosi advokasi dan kemitraan dalam upaya percepatan eliminasi malaria baik dengan kementerian lain, TNI POLRI maupun pemerintah daerah;
- peningkatan komitmen pemerintah daerah yang dilaksanakan pada Peringatan Hari NTDs Sedunia;

- Kerja sama dengan antara Rotary Kyoto Jepang dan Rotary Palu Sulawesi Tengah dalam pengendalian fokus keong berupa bantuan pembangunan saluran irigasi di daerah fokus keong.

### 8. Penguatan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria

Upaya penguatan norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) yang dilakukan yaitu:

- Penyusunan Rancangan PMK Penanggulangan Penyakit (imunisasi, Kesling, PTM dan penyakit yang berpotensi KLB/wabah di mana di dalamnya termasuk penyakit menular);
- Penyusunan petunjuk teknis MMPDF (Manajemen Morbilitas dan Pencegahan Disabilitas Akibat Filariasis);
- Pembaharuan roadmap eliminasi schistosomiasis tahun 2023–2030 yang merupakan revisi atas roadmap tahun 2018–2025 dengan memperhatikan target dan indikator eliminasi schistosomiasis yang berlaku secara global;
- Menyampaikan NSPK ke daerah berupa pedoman-pedoman seperti buku tata laksana penanggulangan rabies yang sudah disesuaikan dengan ketentuan WHO;
- Penyusunan petunjuk teknis Sistem Informasi Arbovirosis (SIARVI), petunjuk teknis surveilans sentinel dengue, juknis Pelaksanaan kelompok kerja operasional (pokjanel). Juga petunjuk teknis surveilans pasca-POPM regimen baru sebagai pedoman pelaksanaan surveilans pada daerah-daerah yang melaksanakan POPM dengan regimen Ivermectin, DEC, dan Albendazole (IDA), penyampaian SOP Survei TAS Alternatif dengan metode *Brugia Impact Survey* (BIS).

## 9. Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan melalui pertemuan secara luring ataupun daring dengan daerah dalam upaya mendukung program serta mengevaluasi hambatan dan tantangan dalam pengendalian penyakit menular (schistosomiasis, rabies, filariasis, DBD, malaria dan kusta). Kegiatan monitoring juga dilakukan melalui pemantauan kasus yang telah dimasukkan dalam sistem informasi maupun pelaporan data manual daerah kepada pusat. Pemantauan schistosomiasis dan filariasis dilakukan per tahun setelah dilakukan POPM dan survei prevalensi, pemantauan kasus DBD dilakukan setiap bulan dengan pelaporan daerah melalui sistem informasi SIARVI. Kemudian dievaluasi setiap tiga bulan serta dilakukan validasi data pada akhir tahun. Pemantauan rabies dilakukan melalui sistem informasi eZoonosis, SIZE dan pelaporan manual setiap bulan. Sementara pemantauan kasus malaria dilakukan secara berkala melalui SISMAL dan setelahnya dilakukan sidang eliminasi malaria pada semester I dan semester II. Pada pemantauan data kusta dilakukan setiap bulan melalui pelaporan data manual, namun evaluasi penetapan daerah eliminasi kusta dilakukan pada akhir tahun.

## 10. Surveilans

Dalam upaya eliminasi, pelaksanaan surveilans yang baik berguna untuk mengidentifikasi daerah atau kelompok populasi yang berisiko dan melakukan perencanaan sumber daya yang diperlukan untuk pengendalian penyakit. Surveilans schistosomiasis dilakukan melalui kegiatan survei prevalensi schistosomiasis pada manusia. Pada upaya mencapai eliminasi rabies, kegiatan surveilans dilakukan dengan sistem pencatatan dan pelaporan kasus GHPR dan rabies dengan membentuk tim siaga rabies (TISIRA) dan kader siaga rabies (KASIRA) yang sudah dibentuk di beberapa daerah.

Surveilans menjadi tahap yang paling penting dalam melaksanakan eliminasi Filariasis. Setelah POPM filariasis dilaksanakan selama lima tahun pada kabupaten/kota endemis filariasis, selanjutnya kabupaten/kota tersebut dievaluasi melalui survei evaluasi mikrofilaria untuk melihat apakah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria rate < 1%. Jika lulus maka dilaksanakan survei evaluasi penularan

filariasis untuk melihat apakah masih terjadi penularan pada daerah tersebut atau masih harus melanjutkan kegiatan POPM filariasis sebelum ditetapkan sebagai daerah eliminasi filariasis.

Selain surveilans pasca-POPM filariasis, surveilans pascaeliminasi filariasis dilakukan dengan tujuan memonitor kabupaten/kota yang sudah mendapatkan sertifikat eliminasi filariasis apakah terdapat risiko penularan filariasis kembali. Kegiatan dilaksanakan dengan survei darah jari serta melakukan pengobatan pada kasus positif mikrofilaria. 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 penyakit.

## 11. Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan dan Pengelola Program

Peningkatan Kapasitas SDM dilaksanakan melalui sosialisasi, *on the job training* (OJT) dan *workshop* bagi tenaga kesehatan dan pengelola program schistosomiasis, rabies, DBD, malaria, dan kusta serta filariasis. Sosialisasi tata laksana GHPR dengan target petugas puskesmas (dokter dan pengelola zoonosis), pengelola program di dinkes provinsi dan kabupaten yang dilakukan secara daring pada regional Indonesia barat dan regional tengah dan timur. OJT rabies dilakukan pada pengelola program provinsi, dokter dan pengelola program rabies di puskesmas, Balai Konservasi Sumber Daya Alam. OJT integrated bite case management rabies dilaksanakan di tiga kabupaten di Kalimantan Barat dengan target seluruh puskesmas, dokter RS sebagai rujukan GHPR. Kalimantan Barat terpilih dalam pelaksanaan OJT tersebut karena kasus rabies meningkat pada tahun 2024.

Peningkatan kapasitas petugas dan pengelola program DBD dan Arbovirosis lainnya di antaranya yaitu peningkatan kapasitas petugas surveilans DBD. Kegiatan ini dilaksanakan di Provinsi Sumatera Selatan dengan peserta semua petugas program Arbovirosis kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Selatan. Peningkatan kapasitas teknis bagi pengelola program DBD dan Arbovirosis lainnya dilaksanakan di Kota Tangerang Selatan Provinsi

Banten dengan petugas program Arbovirus provinsi di seluruh Indonesia.

Peningkatan kapasitas pada schistosomiasis dilaksanakan dengan pembekalan teknis persiapan POPM schistosomiasis empat puskesmas di wilayah Kabupaten Poso. Peningkatan kapasitas filariasis dilakukan melalui pelatihan mikroskopis filariasis 2 batch dengan target BLKM dan petugas laboratorium daerah yang akan di survei pada tahun 2024, Pelatihan supervisor TAS dengan target semua BLKM dengan peserta 30 orang dan pelatihan TAS dengan target PJ program dinkes provinsi yang belum pernah dilatih, PJ program dinkes kabupaten/kota yang akan disurvei. Selain itu juga dilaksanakan OJT untuk setiap petugas puskesmas yang terlibat dalam kegiatan survei evaluasi filariasis.

Peningkatan kapasitas pada petugas malaria yang dilakukan untuk mendukung diagnostik malaria melalui Workshop Penyegaran Mikroskopis Malaria bagi Tenaga ATLM (Ahli Teknologi Laboratorium Medik), *External Competency Assessment Microscopist Malaria* (ECAM), Supervisi dalam rangka narasumber workshop tata laksana kasus malaria, pendampingan diagnosis dan tata laksana malaria, asesmen petugas dan pemantauan mutu laboratorium malaria. Kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kualitas tata laksana malaria pada tahun 2024 yaitu pelatihan TOT tata laksana malaria, pertemuan Kelompok Kerja Diagnosis dan Pengobatan Malaria Tahun 2024. Kegiatan peningkatan kapasitas yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan surveilans, sistem informasi dan monitoring dan evaluasi malaria yaitu pelatihan manajemen dasar program malaria bagi tenaga pengelola program malaria, kegiatan *Workshop on Spatial Epidemiology and GIS for Malaria Control Program*.

Upaya peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam tatalaksana penderita kusta di antaranya dengan menyelenggarakan 1 batch kegiatan Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kusta bagi Pengelola Program Kusta secara tatap muka di Makassar, Sulawesi Selatan. Peserta pelatihan merupakan 30 orang pengelola program P2 Kusta tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Menyelenggarakan Pelatihan Program P2 Kusta

dan Frambusia bagi Dokter Rujukan Kusta dan Frambusia. Peserta OJT adalah berasal dari 38 provinsi di seluruh Indonesia. Menyelenggarakan Workshop Laboratorium Kusta Frambusia bagi Laboratorium Rujukan, dengan total 44 peserta yang berasal dari B/BLKM se-Indonesia, Balai Laboratorium Kesehatan Provinsi se-Indonesia serta dinas kesehatan provinsi.

## 12. Tata Laksana Kasus

Penanganan penderita dan pengobatan selektif sesuai tata laksana kasus schistosomiasis dilaksanakan pada penderita dengan gejala dan menunjukkan hasil laboratorium positif schistosomiasis, serta penduduk dengan hasil positif schistosomiasis pada survei prevalensi. Pada tata laksana kasus malaria, Kementerian Kesehatan telah merekomendasikan pengobatan malaria menggunakan obat pilihan yaitu kombinasi *derivate artemisinin* dengan obat anti malaria lainnya yang biasa disebut dengan terapi kombinasi *artemisinin-based combination therapy* (ACT). ACT merupakan obat yang paling efektif untuk membunuh parasit sedangkan obat lainnya seperti klorokuin telah resisten. Pada tahun 2019 telah ditetapkan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Malaria dalam bentuk Keputusan Menkes RI Nomor HK.01.07/Menkes/556/2019. Berdasarkan Kepmenkes tersebut juga diterbitkan buku pedoman tata laksana kasus malaria sesuai dengan perkembangan terkini dan hasil riset mutakhir.

Adapun penggunaan ACT harus berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, sebagai salah satu upaya mencegah terjadinya resistensi obat. Selain penggunaan OAM yang rasional, salah satu pilar untuk mencapai eliminasi malaria adalah menjamin universal akses dalam pencegahan, diagnosis dan pengobatan, sehingga diperlukan keterlibatan semua sektor terkait termasuk swasta (*public-private mix partnership*). Kementerian Kesehatan telah melaksanakan SOP tata laksana penderita kusta bahwa penderita perlu diberikan edukasi dan konseling oleh nakes sebelum memulai pengobatan. Pemberian obat MDT kepada penderita kusta di fasyankes dilakukan sebulan sekali, dengan maksimal diberikan untuk tiga bulan, agar petugas kesehatan dapat memantau keteraturan pengobatan serta memonitor

perkembangan kecacatan. Apabila ada penderita yang tidak datang mengambil obat, agar petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah dan mencari tahu penyebabnya.

### 13. Pengendalian Vektor

Pemberantasan fokus keong melalui kimiawi melalui penyemprotan moluskisida (racun keong) merupakan salah satu metode pengendalian vektor perantara schistosomiasis. Upaya ini dilakukan untuk memberantas keong khususnya pada fokus dengan ukuran kecil dan/atau posisi geografis yang terpencil sehingga sulit dijangkau dengan metode pengendalian lainnya.

Pengendalian vektor malaria, sampai saat ini nyamuk *Anopheles* telah dikonfirmasi menjadi vektor malaria di Indonesia sebanyak 25 jenis (spesies). Jenis intervensi pengendalian vektor malaria dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain memakai kelambu berinsektisida (LLINs/*Long Lasting Insecticide Nets*), melakukan penyemprotan dinding rumah dengan insektisida (*IRS/Indoor Residual Spraying*), melakukan *larviciding*, melakukan penebaran ikan pemakan larva, dan pengelolaan lingkungan. Penggunaan kelambu berinsektisida merupakan cara perlindungan dari gigitan nyamuk *Anopheles*. Pembagian kelambu ke masyarakat dilakukan dengan dua metode, yaitu pembagian secara massal (*mass campaign*) dan pembagian rutin. Pembagian secara massal dilakukan pada daerah/kabupaten/kota endemis tinggi dengan cakupan minimal 80%. Pembagian ini diulang setiap tiga tahun, jika belum ada penurunan tingkat endemisitas. Pembagian kelambu secara rutin diberikan kepada ibu hamil yang tinggal di daerah endemis tinggi. Kegiatan ini bertujuan untuk melindungi populasi prioritas, yaitu ibu hamil dari risiko penularan malaria. Selain itu, pembagian kelambu juga dilakukan pada daerah yang terkena bencana.

Upaya pengendalian vektor DBD dilakukan dengan pemanfaatan bakteri *Wolbachia* di mana bakteri tersebut disuntikkan ke nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor penyakit DBD, sehingga dengan adanya implementasi pemanfaatan bakteri *Wolbachia* akan mencegah replikasi virus dengue yang menjadi sumber penyakit DBD. Upaya lain dalam pengendalian penyakit DBD yang telah berjalan yaitu dengan implementasi Pemberantasan Sarang Nyamuk 3M plus G1RIJ (Gerakan 1 Rumah 1 Jumentik) yang diperlukan:

### 1. Pengadaan Alat dan Bahan

Alat dan bahan digunakan dalam kegiatan diagnostik (deteksi), pengobatan dan pengendalian penyakit. Ketersediaan sarana dan prasarana sangat penting dalam pencapaian pengendalian penyakit menular. Dalam rangka mendukung pelaksanaan Survei Evaluasi Filariasis, maka telah dilaksanakan pengadaan bahan-bahan survei di antaranya lancet, FTS, *kit surveyor*, dan Tabung Microtainer EDTA 0,5 ml. Alat dan bahan pengendalian malaria yang diadakan pada tahun 2024 seperti larvasida dan biolarvasida malaria insektisida malaria, RDT malaria, bahan pemeriksaan malaria (immersion oil, metanol dan giemsa), dan kelambu. Pengadaan Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirosis antara lain Mesin *Fogging*, Larvasida, Insektisida, APD Penyemprot, Jumentik Kit, BTI (tablet), RDT DBD Combo.

### 2. Distribusi Obat dan Logistik

Distribusi obat dan logistik ke daerah dalam rangka mendukung kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular (schistosomiasis, rabies, DBD, filariasis, malaria dan kusta) di kabupaten/kota maka obat dan logistik didistribusikan ke daerah sesuai perencanaan obat dan logistik yang telah disusun.

### 3. Pengembangan/ Pemeliharaan Sistem Informasi

Pengembangan/pemeliharaan sistem informasi pencegahan dan pengendalian penyakit menular sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas pencatatan dan pelaporan seperti

Sistem Informasi Zoonosis sebagai sistem pencatatan pelaporan penyakit rabies, SIARVI (Sistem Informasi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirosis) sebagai sistem pencatatan dan pelaporan kasus DBD, Sistem informasi e-Filca (Filariasis dan kecacingan) dan e-Sismal (elektronik Sistem Informasi Malaria).

Beberapa faktor penghambat pencapaian target indikator indeks pengendalian penyakit menular antara lain:

### 1. Kurangnya Komitmen Lintas Sektor

Upaya pengendalian penyakit menular melibatkan berbagai lintas sektor baik kementerian/lembaga maupun pemerintah daerah. Namun, dalam kenyataannya, tidak semua daerah memberikan komitmen baik kebijakan maupun dalam hal penganggaran. Seperti halnya dalam upaya pemutusan mata rantai penularan schistosomiasis melalui pemberantasan habitat hewan dan keong perantara. Maka perlu adanya komitmen baik dari KLHK, Kementan, Bappenas, Kemenko PMK, PUPR, Kemendesa, Kementerian Perikanan dan Kelautan, Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Tengah dan Kabupaten Poso dan Sigi. Dalam upaya mengintensifkan kembali program pengendalian dan menuntaskan penyelesaian masalah schistosomiasis melalui pendekatan lintas sektor dibentuk Tim Terpadu Pengendalian Schistosomiasis Provinsi Sulawesi Tengah dengan Surat Keputusan Gubernur Sulawesi Tengah No.443.2/201/ DINKESDA-GST/2012 yang kemudian terakhir diperbaharui dengan Surat Keputusan Gubernur Sulawesi Tengah No.440/271/BAPPEDA-G. ST/2017 tentang Tim Terpadu Pengendalian Schistosomiasis Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2016–2021. Tim yang diketuai oleh Kepala Bappeda Provinsi beranggotakan dinas-dinas lintas sektor provinsi, Kabupaten Sigi, Kabupaten Poso, DPRD, Kabupaten Sigi, DPRD Kabupaten Poso, sejumlah pakar, camat, kepala puskesmas, dan kepala desa dari 28 desa endemis schistosomiasis, serta tim penggerak PKK masing-masing jenjang. Tim ini bertugas menyinergikan dan mengakselerasi

1. Komitmen dalam kebijakan sudah optimal namun komitmen dalam penganggaran masih rendah. Hal ini disebabkan karena Pendapatan Asli Daerah (PAD) Sulawesi Tengah cukup rendah sehingga anggaran kesehatan khususnya untuk penanggulangan schistosomiasis tidak dapat optimal.

Dalam upaya penanggulangan rabies, Kementerian Kesehatan telah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga seperti Kemenko PMK, Kementan, Kemen LHK, Kemendagri, BNPB dan organisasi non profit lainnya. Ketersediaan vaksin rabies pada hewan pada tahun 2024 sangat terbatas, dan bukan disediakan oleh Kementerian Kesehatan sehingga upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penularan dari hewan penular rabies belum dapat optimal. Banyaknya daerah yang tidak siap dengan perubahan indikator DBD yang sebelumnya persentase kabupaten/kota dengan IR DBD  $\leq 49$  per 100.000 penduduk pada tahun 2022 berubah menjadi persentase kabupaten/kota dengan IR DBD  $\leq 10/100.000$  penduduk menjadi penyebab tidak tercapainya indikator ini. Upaya Kementerian Kesehatan meningkatkan komitmen bersama dengan Pemerintah Daerah untuk mengoptimalkan Pokjandal dalam PSN 3M pun belum semua mendapat respons yang baik dan belum semua memprioritaskan kegiatan penanggulangan DBD di mana hanya delapan provinsi yang telah berkomitmen di antaranya pada Kota Batam, Kab. Lahat, Prov. DKI, Kota Semarang, Kota Tangerang Selatan, Kota Bogor, Kota Banjar, Kota Tasik, Prov. Sulawesi Selatan, Kota Tangerang, Kab. Tabalong, Kota Pontianak, Prov. Bali, Kota Bima, Kota Probolinggo, Kota Samarinda, Kota Balikpapan, Kota Madiun, Kota Surabaya, Kab. Klaten, Kab. Grobogan, Prov. DIY yang pemerintah daerahnya telah berkomitmen dalam penanggulangan DBD. Untuk mencapai eliminasi filariasis, Kementerian Kesehatan telah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga seperti Kemenko PMK, Kemendagri, dan BRIN serta pemerintah daerah. Semua pemerintah kabupaten/kota yang menjadi daerah endemis filariasis telah berkomitmen dalam hal kebijakan dan penganggaran. Namun, anggaran daerah hanya

sebatas untuk pelaksanaan POPM filariasis, belum menyeluruh sampai dengan pelaksanaan survei pasca-POPM.

Di beberapa kabupaten/kota yang mempunyai kantong kusta tidak dipandang sebagai prioritas masalah kesehatan masyarakat. Hal ini berakibat sebagian besar wilayah kantong kusta tidak mendapat dukungan dari pemerintah daerah tempat dan masih adanya stigma di masyarakat. Belum maksimalnya kemitraan dengan organisasi profesi, rumah sakit dan praktik dokter swasta dalam menciptakan pelayanan kusta yang komprehensif dan terstandar.

## 2. Pencatatan dan Pelaporan data yang Tidak Tepat Waktu dan Tidak Terlaporkan

Beberapa pelaporan penyakit menular dari daerah ke pusat masih ada yang menggunakan sistem pelaporan manual dan berjenjang sehingga data yang dilaporkan belum maksimal dan tidak tepat waktu. Pelaporan kasus schistosomiasis masih dilakukan secara manual dan dilakukan evaluasi setelah POPM dan survei prevalensi. Pada pencatatan dan pelaporan kasus DBD baru sekitar 17% yang melaporkan kasus melalui sistem informasi SIARVI sehingga masih banyak pelaporan yang tidak tepat waktu karena dikirim secara manual secara berjenjang. Begitupun pengiriman laporan rabies khususnya dan zoonosis belum semua melaporkan melalui eZoonosis dimana baru 11 provinsi yang melakukan pelaporan melalui eZoonosis.

Umumnya pelaporan provinsi masih di bawah 60%. Pencatatan dan pelaporan yang masih dilakukan secara manual juga pada kasus kusta. Sistem online SITASIA (Sistem Informasi Kusta dan Frambusia) yang baru launching bulan Oktober 2024 sehingga belum digunakan oleh daerah. Ketidaktepatan waktu pelaporan (delay reporting) dan under reporting kasus juga terjadi pada kasus yang telah memiliki sistem informasi lama seperti pelaporan data malaria pada SISMAL. Dari seluruh daerah endemis malaria, yang sudah melakukan pencatatan dan pelaporan melalui SISMAL mencapai 94%. Artinya masih sekitar 6% belum tercatat dalam SISMAL. Hal ini memperbesar kemungkinan data tidak dilaporkan atau jika dilaporkan



maka tidak tepat waktu. Sementara hingga awal tahun 2025, masih terdapat banyak kasus yang belum dilaporkan, khususnya pada daerah Papua. Hal ini disebabkan di wilayah Papua pada libur Nataru biasa dilaksanakan hingga satu bulan.

### 3. Mutasi Tenaga Kesehatan dan Turn Over Pengelola Program

Perpindahan tenaga kesehatan serta pergantian pengelola program sering terjadi di puskesmas sehingga tenaga kesehatan pengganti harus dilakukan pelatihan kembali dalam tata laksana kasus penyakit. Sementara surat pernyataan tidak diperkenankan pindah setelah mengikuti pelatihan tidak dapat mengikat untuk tidak dilakukan mutasi.

### 4. Rujukan Layanan dan Jejaring Tata Laksana Belum Optimal

Kondisi geografis beberapa wilayah di Indonesia yang sulit terjangkau sehingga akses pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular sulit menjangkau seluruh sasaran. Selain itu, cakupan layanan baik rumah sakit maupun klinik masih belum memadai.

### 5. Pengetahuan dan Kesadaran Masyarakat Masih Rendah

Umumnya masyarakat masih belum memahami akan risiko penyakit menular dan masih mengabaikan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular, terlebih pada penyakit yang tidak langsung menyebabkan sakit atau penyakit yang dianggap memiliki stigma negatif pada masyarakat. Pada penyakit seperti schistosomiasis, filariasis dan kusta merupakan penyakit yang terabaikan di masyarakat. Durasi pengobatan penyakit kusta yang panjang juga membuat kejenuhan minum obat pada kasus positif. Pada masyarakat di daerah endemis malaria pun masih banyak yang tidak patuh dalam penggunaan kelambu berinsektisida. Pada penanggulangan DBD, masyarakat baru meningkat kepatuhannya ketika ada kasus di sekitarnya, pada tahap pencegahan, masyarakat masih enggan yang melakukan 3M plus.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan dalam mencapai indeks pengendalian penyakit menular maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah:

#### 1. Meningkatkan Advokasi dan Koordinasi Lintas Sektor serta Optimalisasi Tugas

Advokasi dan koordinasi dilakukan dengan kementerian/lembaga dan pemerintah daerah terkait agar didukung dengan kebijakan bersama dan ketersediaan anggaran sehingga instansi di bawah kementerian/ lembaga tersebut bergerak memprioritaskan kegiatan pengendalian penyakit menular (schistosomiasis, DBD, rabies, filariasis, malaria dan kusta).

#### 2. Monitoring dan Evaluasi Pencatatan Pelaporan Kasus

Upaya pemantauan dan evaluasi baik pada pelaporan kasus secara manual maupun pada sistem aplikasi dilakukan secara berkala pada tiap indikator yang menjadi komposit indeks pengendalian penyakit menular. Selain memantau dan evaluasi pelaporan daerah, Kementerian Kesehatan juga berupaya untuk mengintegrasikan sistem informasi secara komprehensif pada SATUSEHAT. Khusus pada pelaporan rabies, Kementerian Kesehatan berupaya untuk mengaktifasi dan mengoptimalkan pelaporan penyakit zoonosis yang terintegrasi lintas sektor melalui SIZE (Sistem Informasi Zoonosis dan Emerging Infectious Disease) untuk penemuan kasus rabies dan zoonosa lainnya sedini mungkin.

#### 3. Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan dan Pengelola Program

Peningkatan kapasitas dilakukan dengan metode pelatihan, on the job training maupun workshop yang dikhususkan pada tenaga kesehatan (dokter, tenaga laboratorium) dan pengelola program. Peningkatan kapasitas ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan teknis tenaga kesehatan dalam tatalaksana setiap kasus positif baik pada penyakit schistosomiasis, rabies, DBD, filariasis, malaria dan kusta. Sementara itu peningkatan kapasitas pengelola program dilakukan melalui merevitalisasi kembali Kelompok Kerja

1. Dengue/DBD, membentuk satuan tugas (SATGAS) penanggulangan rabies, pelatihan bagi pengelola program P2 kusta frambusia, pengelola program filariasis, dan pengelola program malaria.

## 2. Peningkatan Pengetahuan dan Kesadaran Masyarakat

Peningkatan pengetahuan masyarakat dapat dilakukan melalui media KIE maupun sosialisasi pada masyarakat oleh pengelola program di

setiap daerah yang menjadi fokus penyakit schistosomiasis, DBD, rabies, filariasis, malaria dan kusta serta pelaksanaan kegiatan sosialisasi terpadu gerakan masyarakat.

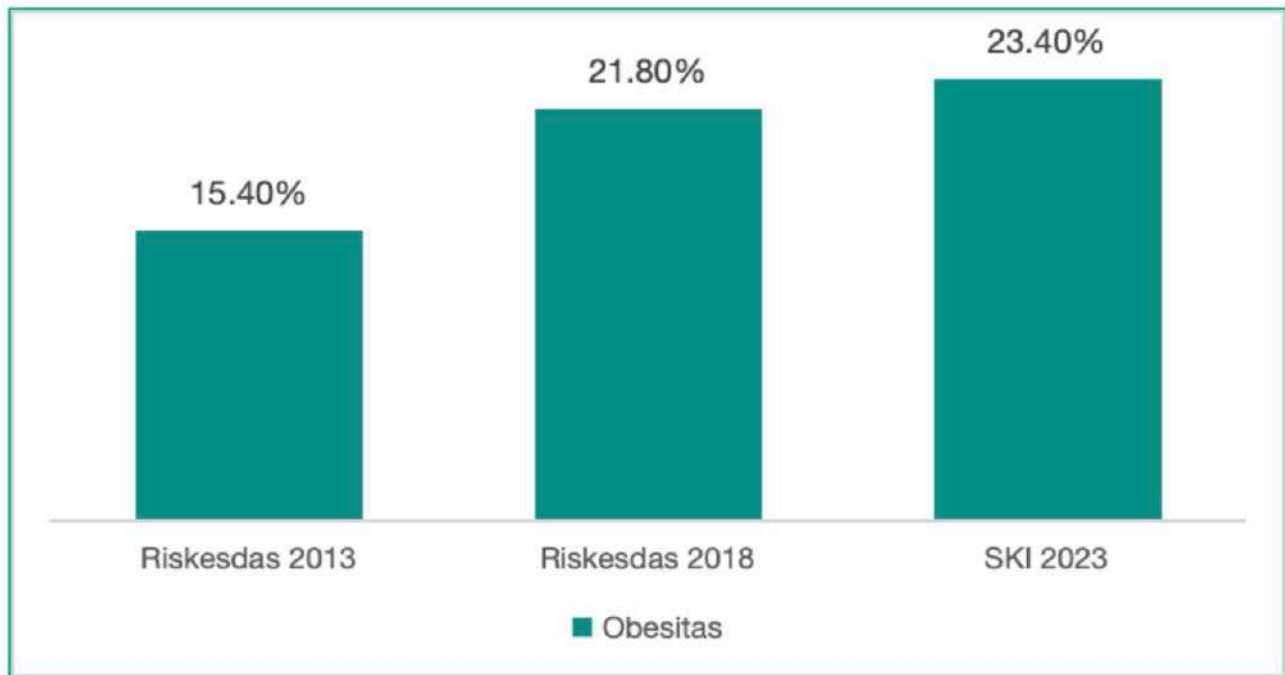
### 3.1.11. Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia > 18 tahun

Obesitas telah menjadi masalah global yang berdampak pada dua miliar penduduk dunia dan mengancam kesehatan masyarakat termasuk di Indonesia. Pada tahun 2030 diperkirakan satu dari lima wanita dan satu dari tujuh pria akan hidup dengan obesitas (setara dengan lebih dari satu miliar orang di seluruh dunia). Prevalensi obesitas global lebih tinggi pada perempuan dibanding laki-laki dan jumlah terbesar orang dengan obesitas berada di negara berkembang. Di mana beban ganda malnutrisi terus berlanjut dan sistem sangat kurang siap dan tidak dilengkapi dengan baik untuk mengatasi obesitas dan konsekuensinya secara efektif.

Secara global, lebih dari 160 juta tahun kehidupan sehat yang hilang disebabkan oleh IMT yang tinggi pada tahun 2019, dan angkanya kemungkinan akan lebih tinggi setiap tahun. Ini berarti lebih dari 20% dari semua tahun kehidupan sehat yang hilang yang disebabkan oleh kesehatan kronis yang dapat dicegah. Jika kita ingin mengatasi PTM yang dapat dicegah, maka keberhasilan dalam mengatasi obesitas sangat penting. Di Indonesia dalam kurun waktu 10 tahun terjadi peningkatan obesitas yang cukup signifikan, dari 10,5% di tahun 2007 menjadi 21,8% di tahun 2018. Obesitas menjadi faktor risiko terjadinya penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, jantung, kanker, hipertensi dan penyakit metabolik maupun non metabolik lainnya. Serta berkontribusi pada penyebab kematian akibat penyakit kardiovaskular (5,87% dari total kematian), penyakit diabetes dan ginjal (1,84% dari total kematian).

Definisi operasional indikator prevalensi obesitas pada penduduk usia  $\geq 18$  tahun adalah kasus obesitas pada penduduk usia  $\geq 18$  tahun dengan kategori  $IMT > 27$  pada periode tertentu. Indikator ini dihitung dari Jumlah penduduk usia  $\geq 18$  tahun dengan  $IMT > 27$  dibagi dengan total penduduk usia  $\geq 18$  tahun di kali 100 persen, pada periode tertentu.

Obesitas merupakan penyakit, sekaligus merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular lain yang mendorong munculnya faktor metabolik (penyakit jantung, diabetes, kanker, hipertensi, dislipidemia). Prevalensi obesitas (Indeks Masa Tubuh ( $IMT \geq 27$ )) meningkat dari 15,4% pada tahun 2013 menjadi 21,8% pada tahun 2018. Hal ini sejalan dengan peningkatan proporsi obesitas sentral dari 26,6% di tahun 2013 menjadi 31% di tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Pada tahun 2023 dilakukan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) untuk menilai Prevalensi Status Gizi Penduduk Dewasa ( $> 18$  Tahun) berdasarkan kategori IMT dan diperoleh hasil prevalensi obesitas penduduk usia  $\geq 18$  tahun sebesar 23.4%. Bila dibandingkan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan pada tahun 2018 maka perbandingannya terlihat sebagai berikut:

**Grafik 3.36****Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia  $\geq 18$  Tahun***Sumber data: Riskesdas 2013, Riskesdas 2018 dan SKI 2023*

Grafik di atas menunjukkan berdasarkan hasil survei, prevalensi obesitas meningkat dari tahun 2012 sebesar 15,4% meningkat menjadi 21,8% pada tahun 2018 dan meningkat menjadi 23,4% pada tahun 2023. Prevalensi obesitas yang diharapkan menurun justru meningkat pada tahun 2023. Bila

dibandingkan dengan target sebesar 21,8% maka capaian tahun 2024 sebesar 23,4% tidak tercapai. Bila dibandingkan dengan target tahun 2021–2024 maka perbandingannya digambarkan sebagai berikut:

### Grafik 3.37

#### Target dan Capaian Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia $\geq 18$ tahun

Sumber data: Data SIK, SKI 2023



Prevalensi obesitas idealnya diperoleh dari data survei tetapi karena tahun 2021–2022 belum dilakukan survei maka data yang digunakan adalah data rutin. Data rutin prevalensi obesitas diperoleh dari data Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK). Tahun

77 | Lakip Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Semester I Tahun 2024

2023 dilakukan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) dan diperoleh prevalensi obesitas sebesar 23,4%. Meskipun demikian, dilakukan juga perhitungan prevalensi obesitas berdasarkan data ASIK, yang menunjukkan capaian olahan data rutin selama tahun 2021–2024 telah mencapai target tiap tahunnya. Namun, ini bukanlah capaian yang mewakili pemeriksaan dan tidak menunjukkan prevalensi obesitas menurun dan telah mencapai target, karena denominator dari indikator ini adalah jumlah penduduk usia di atas 18 tahun sedangkan jumlah yang diperiksa tidak mewakili jumlah sasaran yang seharusnya menjadi sasaran.

Upaya pengendalian obesitas menjadi sangat strategis dalam mencegah terjadinya penyakit tidak menular (PTM) pada masyarakat di Indonesia. Salah satu upaya mengendalikan peningkatan prevalensi obesitas adalah dengan melakukan deteksi dini faktor risiko PTM melalui upaya-upaya kolaboratif yang melibatkan seluruh elemen masyarakat termasuk kementerian/lembaga, TNI dan POLRI, institusi pendidikan dan pihak swasta. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit telah menyusun strategi untuk menemukan faktor risiko obesitas dengan melakukan deteksi dini faktor risiko PTM secara masif termasuk deteksi obesitas di 514 kabupaten/kota tahun 2022–2024.

Tahun 2024 telah dilakukan deteksi dini obesitas terhadap 58.316.042 penduduk dari jumlah sasaran sebesar 180.836.238 penduduk usia  $\geq 18$  tahun atau sebesar 13%. Dari jumlah orang yang telah dideteksi dini ditemukan sebanyak 10.789.593 penduduk yang dikategorikan sebagai penderita obesitas (IMT  $> 27$ ). Capaian deteksi dini obesitas per provinsi

**Tabel 3.13**  
Capaian Deteksi Dini (DD) Obesitas Berdasarkan Provinsi Tahun 2024

Sumber data: ASIK 2024

| Kab/ Kota                    | Sasaran DD Obesitas<br>(Pembulatan) | Capaian DD<br>Obesitas | Obesitas<br>(IMT) | % Capaian<br>DD Obesitas | Proporsi<br>Obesitas | Prevalensi<br>Obesitas |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| Aceh                         | 3,461,569                           | 601,443                | 132,408           | 17%                      | 22.0%                | 4%                     |
| Bali                         | 3,108,845                           | 617,763                | 94,351            | 20%                      | 15.3%                | 3%                     |
| Banten                       | 8,683,264                           | 4,684,676              | 849,087           | 54%                      | 18.1%                | 10%                    |
| Bengkulu                     | 1,333,126                           | 222,841                | 26,478            | 17%                      | 11.9%                | 2%                     |
| DI Yogyakarta                | 2,817,663                           | 324,895                | 66,066            | 12%                      | 20.3%                | 2%                     |
| DKI Jakarta                  | 7,184,644                           | 3,287,533              | 683,872           | 46%                      | 20.8%                | 10%                    |
| Gorontalo                    | 786,830                             | 715,990                | 95,699            | 91%                      | 13.4%                | 12%                    |
| Jambi                        | 2,397,210                           | 640,454                | 105,877           | 27%                      | 16.5%                | 4%                     |
| Jawa Barat                   | 33,464,904                          | 11,805,619             | 2,345,063         | 35%                      | 19.9%                | 7%                     |
| Jawa Tengah                  | 23,645,142                          | 7,152,574              | 1,393,887         | 30%                      | 19.5%                | 6%                     |
| Jawa Timur                   | 27,697,445                          | 10,725,940             | 2,084,196         | 39%                      | 19.4%                | 8%                     |
| Kalimantan Barat             | 3,373,014                           | 620,503                | 136,435           | 18%                      | 22.0%                | 4%                     |
| Kalimantan Selatan           | 2,808,430                           | 1,091,488              | 205,781           | 39%                      | 18.9%                | 7%                     |
| Kalimantan Tengah            | 1,816,129                           | 240,559                | 48,598            | 13%                      | 20.2%                | 3%                     |
| Kalimantan Timur             | 2,485,776                           | 641,591                | 162,630           | 26%                      | 25.3%                | 7%                     |
| Kalimantan Utara             | 478,469                             | 66,612                 | 18,407            | 14%                      | 27.6%                | 4%                     |
| Kepulauan Bangka<br>Beliting | 987,430                             | 165,416                | 31,722            | 17%                      | 19.2%                | 3%                     |
| Kepulauan Riau               | 1,640,152                           | 680,831                | 168,537           | 42%                      | 24.8%                | 10%                    |
| Lampung                      | 5,645,517                           | 2,092,418              | 236,935           | 37%                      | 11.3%                | 4%                     |
| Maluku                       | 1,135,260                           | 181,918                | 29,865            | 16%                      | 16.4%                | 3%                     |
| Maluku Utara                 | 809,083                             | 131,603                | 28,142            | 16%                      | 21.4%                | 3%                     |
| Nusa Tenggara Barat          | 3,414,529                           | 1,973,821              | 223,460           | 58%                      | 11.3%                | 7%                     |
| Nusa Tenggara Timur          | 3,414,529                           | 712,835                | 65,563            | 21%                      | 9.2%                 | 2%                     |
| Papua                        | 579,025                             | 52,380                 | 14,275            | 9%                       | 27.3%                | 2%                     |
| Papua Barat                  | 312,025                             | 33,397                 | 10,549            | 11%                      | 31.6%                | 3%                     |
| Papua Barat Daya             | 348,516                             | 15,861                 | 4,416             | 5%                       | 27.8%                | 1%                     |

| Kab/ Kota         | Sasaran DD Obesitas<br>(Pembulatan) | Capaian DD<br>Obesitas | Obesitas<br>(IMT) | % Capaian<br>DD Obesitas | Proporsi<br>Obesitas | Prevalensi<br>Obesitas |
|-------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| Papua Pegunungan  | 659,824                             | 101                    | 11                | 0%                       | 0.0%                 | 0%                     |
| Papua Selatan     | 324,409                             | 11,018                 | 3,176             | 3%                       | 28.8%                | 1%                     |
| Papua tengah      | 647,011                             | 30,270                 | 8,138             | 5%                       | 26.9%                | 1%                     |
| Riau              | 4,502,514                           | 779,282                | 156,534           | 17%                      | 20.1%                | 3%                     |
| Sulawesi Barat    | 885,096                             | 130,773                | 24,041            | 15%                      | 18.4%                | 3%                     |
| Sulawesi Selatan  | 5,925,967                           | 1,929,194              | 303,112           | 33%                      | 15.7%                | 5%                     |
| Sulawesi Tengah   | 2,016,967                           | 508,158                | 84,830            | 25%                      | 16.7%                | 4%                     |
| Sulawesi Tenggara | 1,728,366                           | 454,678                | 89,758            | 26%                      | 19.7%                | 5%                     |
| Sulawesi Utara    | 1,695,966                           | 230,722                | 52,373            | 14%                      | 22.7%                | 3%                     |
| Sumatera Barat    | 3,553,498                           | 1,127,661              | 194,682           | 32%                      | 17.3%                | 5%                     |
| Sumatera Selatan  | 5,588,292                           | 729,354                | 98,864            | 13%                      | 13.6%                | 2%                     |
| Sumatera Utara    | 9,453,608                           | 2,903,870              | 511,775           | 31%                      | 17.6%                | 5%                     |
| NASIONAL          | 180,836,238                         | 56,316,042             | 511,775           | 32,2%                    | 19%                  | 6%                     |

Tabel diatas menunjukkan bahwa persentase penduduk yang melakukan deteksi dini obesitas hanya sebesar 32,2% pada tahun 2024 dengan persentase tertinggi penduduk yang melakukan deteksi dini obesitas di Provinsi Gorontalo (91%), Nusa Tenggara Barat (58%) Banten (54%) sedangkan terendah di Provinsi Papua Pegunungan (0%), Papua Selatan (3%) dan Papua Tengah

(5%). Proporsi obesitas di Indonesia sebesar 19% dengan proporsi obesitas tertinggi pada Provinsi Papua Barat (31%) dan terendah pada Provinsi Nusa Tenggara Timur (9,2%). Meskipun proporsi obesitas terendah di Papua Pegunungan, hal ini belum menggambarkan kondisi yang sebenarnya karena persentase penduduk yang melakukan deteksi dini sangat rendah.



Untuk mencapai target penurunan prevalensi obesitas dilaksanakan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

1. Penguatan surveilans faktor risiko PTM melalui Sistem Informasi berbasis web (SIPTM) maupun berbasis mobile (ASIK) yang merupakan sistem pelaporan Penyakit Tidak Menular.
2. Penguatan deteksi dini melalui pemanfaatan dana dekonsentrasi penyelenggaraan Posbindu PTM.
3. Mendorong pelaksanaan deteksi dini di lingkungan masyarakat kampus melalui kegiatan Kampus Sehat dan juga deteksi dini di lingkungan kementerian/lembaga.
4. Advokasi kepada pemerintah daerah untuk pencapaian target indikator SPM yakni pelayanan deteksi dini pada kelompok usia 15 tahun ke atas.
5. 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.
6. Pembuatan Media Informasi baik cetak maupun elektronik tentang deteksi dini dan faktor risiko PTM antara lain media *briefing*.
7. Sosialisasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) dan melaksanakan kampanye dan webinar tentang obesitas dengan sasaran masyarakat umum.

**Gambar 3.6**  
Gerakan Masyarakat Hidup Sehat



Indikator prevalensi obesitas tidak mencapai target selama tahun 2020–2024, beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

1. Masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan deteksi dini obesitas, hal ini disebabkan oleh beberapa hal antara lain sulitnya akses masyarakat ke pelayanan kesehatan di beberapa daerah terpencil dan sangat terpencil, belum optimalnya kabupaten/kota dalam melakukan deteksi dini faktor risiko PTM sehingga cakupan skrining masih rendah dan terbatasnya ketersediaan tenaga pelaksana deteksi dini dengan tanggung jawab beberapa program.
2. Belum optimalnya advokasi dan sosialisasi yang bersifat masif dan terintegrasi dalam mendukung kegiatan posyandu atau posbindu yang diharapkan dapat menjadi sarana deteksi dini obesitas.
3. Belum tersedia sistem pelaporan obesitas yang terintegrasi antara data Puskesmas, FKTP lainnya, dan FKTL agar bisa menggambarkan proporsi real di masyarakat.
4. Maraknya industri makanan dan Usaha Mikro Kecil dan Menengah (UMKM) tetapi belum disertai dengan edukasi pentingnya makanan sehat.

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

1. Melakukan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya deteksi dini faktor risiko Penyakit Tidak Menular.
2. Melakukan koordinasi dengan kabupaten/kota dengan capaian skrining yang rendah untuk mengoptimalkan kegiatan deteksi dini obesitas. Selain itu dilakukan juga kolaborasi dengan unit utama lainnya untuk melakukan deteksi dini faktor risiko pada kegiatan-kegiatan yang melibatkan masyarakat dalam jumlah besar dan melakukan kegiatan promosi kesehatan dalam bentuk gerakan deteksi dini faktor risiko PTM.

1. mendukung kegiatan posyandu sebagai sarana sarana deteksi dini obesitas.
2. Melakukan pemantauan pelaporan deteksi dini mulai dari level provinsi hingga kabupaten/kota dan melakukan evaluasi capaian per triwulan dengan dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota untuk mengidentifikasi tantangan yang timbul di tiap daerah dan melaporkan secara berkala.
3. Melakukan kordinasi dengan Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (PMK), Kementerian Keuangan, Balai POM, Kementerian Koperasi dan UMKM, Kemenko Pariwisata dan Kementerian Ekonomi Kreatif khususnya tentang pentingnya makanan sehat.

### 3.1.12. Prevalensi Merokok Penduduk Usia 10–18 Tahun

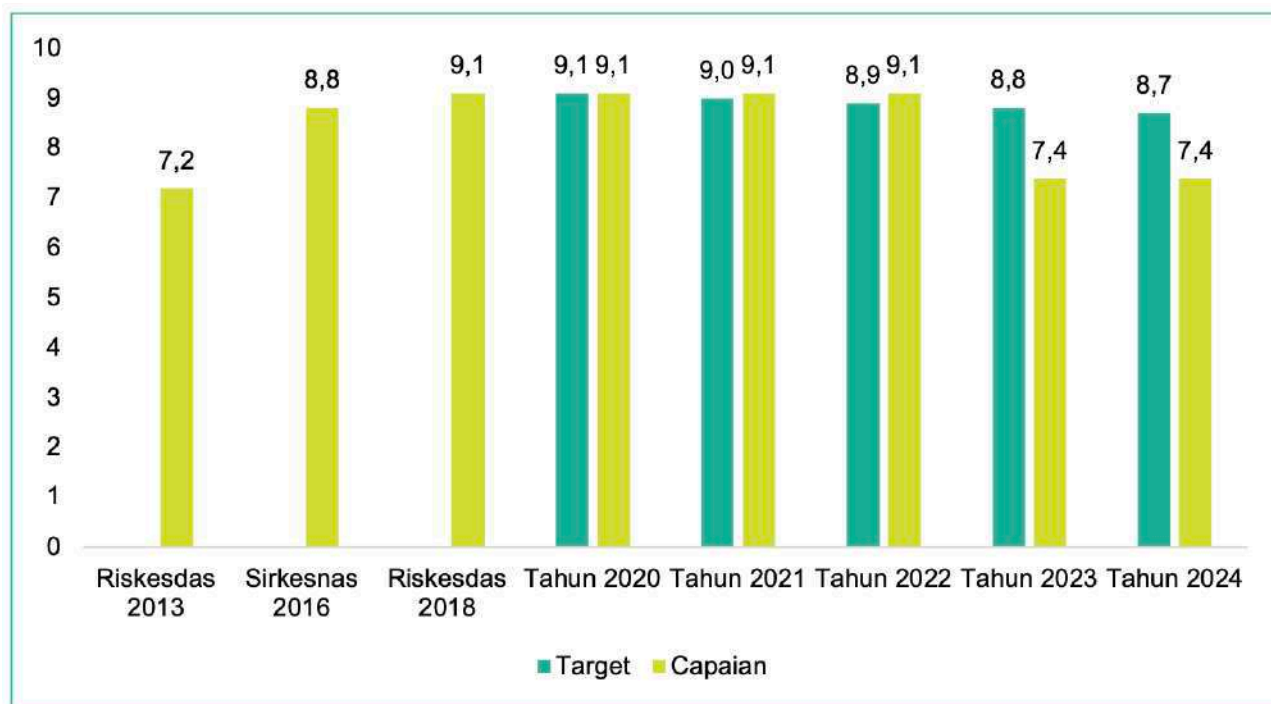
Konsumsi rokok dan produk tembakau lainnya merupakan masalah kesehatan di Indonesia. Bahkan saat ini sudah banyak beredar rokok elektronik yang menysasar kepada kalangan anak-anak dan remaja sebagai gaya hidup kekinian. Berdasarkan data Riskesdas menunjukkan prevalensi perokok usia 10–18 tahun terus meningkat meningkat dari 7,2% (Riskesdas, 2013), 8,8% (Sirkesnas, 2016) menjadi 9,1% (Riskesdas, 2018). Termasuk tingginya penggunaan rokok elektronik di kalangan anak-remaja. Data *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) tahun 2019 juga menunjukkan peningkatan prevalensi perokok pada anak sekolah usia 13–15 tahun dari 18,3% (tahun 2016) menjadi 19,2% (tahun 2019). Sedangkan penggunaan rokok elektronik meningkat 10 kali lipat dari 0,3% menjadi 3,0% dalam kurun waktu 10 tahun (GATS 2021).

Definisi operasional indikator ini adalah persentase merokok pada penduduk usia 10–18 tahun dalam satu tahun. Indikator ini dihitung dari Persentase merokok pada penduduk usia 10–18 tahun berdasarkan hasil Riskesdas. Data Riskesdas yang digunakan adalah hasil Riskesdas pada tahun 2013 dan 2018 sedangkan tahun 2023, Riskesdas tidak dilakukan tetapi dilakukan Survei Kesehatan Indonesia (SKI).

Hasil capaian persentase merokok pada usia 10–18 tahun berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, 2018 dan SKI 2023 adalah sebagai berikut:

**Grafik 3.38****Persentase Merokok pada Penduduk Usia 10–18 Hasil Riskesdas dan ASIK**

Sumber data: Riskesdas, Sirkesnas, SKI



Capaian persentase merokok pada penduduk usia 10–18 tahun diperoleh melalui hasil survei. Pada tahun 2013 dilakukan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), tahun 2016 dilakukan Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas), tahun 2023 dilakukan Survei Kesehatan Indonesia (SKI). Grafik di atas menunjukkan terjadi peningkatan persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun dari mulai 7,2% pada tahun 2013, meningkat menjadi 8,8% pada tahun 2016 dan meningkat menjadi 9,1% pada tahun 2018. Tahun 2023 menurun menjadi 7,4% berdasarkan hasil SKI tahun 2023. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2020–2024, capaian tahun 2020–2022 masih menggunakan capaian hasil Riskesdas Tahun 2018 karena belum ada survei baru yang dilakukan, pada tahun 2023 dilakukan SKI dengan capaian persentase merokok sebesar 7,4%, dan tahun 2024 tidak dilakukan survei baru sehingga capaian tahun 2024 menggunakan hasil SKI tahun 2023 yakni sebesar 7,4%. Hal ini berarti target RPJMN 2024 yang ditetapkan sebesar 8,7% telah tercapai dengan pencapaian kinerja 115%. Namun demikian, jumlah perokok anak remaja

masih cukup tinggi karena 7 (tujuh) dari 100 anak di Indonesia adalah perokok sehingga diperlukan kerjasama semua pihak untuk melindungi generasi muda dari bahaya rokok dan paparan asap rokok bagi orang lain.

Kementerian Kesehatan juga melakukan pengumpulan data persentase status merokok 10–18 tahun melalui Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK) sejak tahun 2022, capaian hingga Desember 2024, menunjukkan bahwa secara nasional persentase merokok pada usia 10–18 tahun sebesar 7,3%. Data ini adalah data skrining faktor risiko PTM yang dilakukan oleh masing-masing daerah yang diinput ke dalam ASIK mobile. Jumlah seluruh peserta skrining faktor risiko PTM yang telah diinput dalam ASIK, data per 5 Februari 2025 sebanyak 75.547.204 jiwa, dan 5,3% dari seluruh peserta ini adalah anak-remaja usia 10–18 tahun (4.017.685 jiwa) yang juga diwawancara terkait perilaku merokok. Peserta yang merokok sebesar 7,2% atau 291.120 anak. Persentase perokok per Provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

**Tabel 3.14**  
Persentase Merokok Penduduk Usia 10–18 Tahun Berdasarkan Data ASIK Tahun 2024

Sumber Data: ASIK, Februari 2025

| No | Provinsi             | Persentase |
|----|----------------------|------------|
| 1  | Aceh                 | 6,0        |
| 2  | Sumatera Utara       | 5,2        |
| 3  | Sumatera Barat       | 7,4        |
| 4  | Riau                 | 6,3        |
| 5  | Jambi                | 6,2        |
| 6  | Sumatera Selatan     | 4,5        |
| 7  | Bengkulu             | 7,3        |
| 8  | Lampung              | 8,6        |
| 9  | Kep. Bangka Belitung | 5          |
| 10 | Kep. Riau            | 6,5        |
| 11 | DKI Jakarta          | 4,8        |
| 12 | Jawa Barat           | 10,2       |
| 13 | Jawa Tengah          | 5,8        |
| 14 | DI Yogyakarta        | 7,3        |
| 15 | Jawa Timur           | 6,6        |
| 16 | Banten               | 9,2        |
| 17 | Bali                 | 2,5        |
| 18 | Nusa Tenggara Barat  | 9,8        |
| 19 | Nusa Tenggara Timur  | 5,5        |
| 20 | Kalimantan Barat     | 5,5        |
| 21 | Kalimantan Tengah    | 6,1        |
| 22 | Kalimantan Selatan   | 5,4        |
| 23 | Kalimantan Timur     | 6,3        |
| 24 | Kalimantan Utara     | 10,4       |
| 25 | Sulawesi Utara       | 6,1        |
| 26 | Sulawesi Tengah      | 6,1        |
| 27 | Sulawesi Selatan     | 2,4        |
| 28 | Sulawesi Tenggara    | 2,6        |

| No | Provinsi         | Persentase |
|----|------------------|------------|
| 29 | Gorontalo        | 3,1        |
| 30 | Sulawesi Barat   | 3,8        |
| 31 | Maluku           | 5,6        |
| 32 | Maluku Utara     | 8,2        |
| 33 | Papua Barat      | 7,2        |
| 34 | Papua            | 4,2        |
| 35 | Papua Barat Daya | 12,0       |
| 36 | Papua Tengah     | 3,4        |
| 37 | Papua Selatan    | 22,5       |
| 38 | Papua Pegunungan | 33,3       |
|    | INDONESIA        | 7,2        |

Untuk mencapai penurunan prevalensi merokok pada penduduk usia 10–18 tahun di Indonesia, Kementerian Kesehatan menetapkan indikator kinerja yang tertuang dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024 yakni indikator jumlah kabupaten/kota yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM). Indikator jumlah kabupaten/kota yang menerapkan KTR dihitung dari Jumlah

kumulatif kabupaten/kota memiliki peraturan daerah atau peraturan kepala daerah tentang KTR dan atau terdapat lebih dari 40% tatanan yang memenuhi indikator penerapan KTR minimal 3 dari 7 tatanan. Tahun 2024 target yang ditetapkan untuk indikator kabupaten/kota yang menerapkan KTR sebesar 514 kabupaten/kota dengan capaian sampai tahun 2024 sebesar 482 kabupaten/kota (93,8%) dari target yang ditetapkan, dapat dilihat pada grafik berikut:

### Grafik 3.39

#### Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang menerapkan KTR Tahun 2020–2024

Sumber data: Direktorat P2PTM, Desember 2024



Grafik di atas menunjukkan bahwa capaian indikator kabupaten/kota yang menerapkan KTR tidak tercapai pada tahun 2020–2021 disebabkan adanya pandemi COVID-19 dan tercapai pada tahun 2022 tetapi tidak tercapai pada tahun 2023. Bila dibandingkan dengan target tahun 2024 sebesar 514 kabupaten/kota maka masih terdapat gap sebesar 32 kabupaten/kota yang belum menerapkan KTR. Untuk menerapkan KTR diperlukan adanya kebijakan/regulasi berupa peraturan daerah atau peraturan kepala daerah tentang KTR. Hal ini membutuhkan komitmen yang kuat dari kepala daerah masing-masing. Penerapan

KTR menjadi bagian dalam upaya pencapaian target untuk menurunkan prevalensi merokok penduduk usia 10–18 tahun. Diperlukan upaya bersama dari semua komponen/unsur baik pemerintah, swasta, organisasi masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama untuk mendukung upaya ini melalui berbagai kegiatan yang lebih produktif bagi anak-remaja dan edukasi secara berkelanjutan. Daerah-daerah yang telah berhasil dalam penerapan KTR perlu mendapatkan apresiasi sebagai pemicu bagi daerah lain untuk ikut serta mengembangkan penerapan KTR di wilayahnya.



Regulasi KTR di kabupaten/kota baik berupa peraturan daerah maupun peraturan bupati/wali kota terus menunjukkan peningkatan, tetapi implementasi di lapangan masih belum optimal. Implementasi KTR masih berjalan lambat karena masih banyak daerah yang belum mempunyai Satuan Tugas KTR untuk melakukan pengawasan dan penegakan kepatuhan KTR di wilayahnya. Ketersediaan anggaran monev KTR yang minimal karena kebanyakan daerah menggunakan dana bersumber dari DBHCHT atau PRD untuk

peningkatan program lainnya. Indikator jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM), menggambarkan kabupaten/kota yang memiliki  $\geq 40\%$  puskesmas yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM). Tren capaian UBM tahun 2020–2024 seperti digambarkan sebagai berikut:

### Grafik 3.40

#### Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Menyelenggarakan Layanan UBM Tahun 2020–2024

Sumber data: Direktorat P2PTM, Desember 2024



Grafik di atas menunjukkan selama tahun 2020–2024, capaian indikator kabupaten/kota yang menyelenggarakan layanan UBM tidak mencapai target, meskipun demikian capaian terus meningkat setiap tahunnya. Bila dibandingkan dengan target tahun 2024 sebesar 350 kabupaten/kota maka sampai tahun 2024, baru tercapai 340 kabupaten/kota atau sebesar 97,1%. Bila dibandingkan tren selama tahun 2020–2023 target indikator ini tidak tercapai maka diperkirakan pada akhir tahun 2024 capaian indikator kabupaten/kota yang menyelenggarakan layanan UBM tidak tercapai. Ketersediaan SDM dan anggaran di masing-masing

daerah perlu diperkuat dan perlu ada komitmen bersama untuk mewujudkan layanan UBM sebagai salah satu upaya dalam menurunkan prevalensi perokok pada penduduk usia 10–18 tahun.

Pelayanan konseling berhenti merokok nasional melalui Quitline. Ina berbasis telepon tidak berbayar pada nomor 0800–177–6565 selama periode tahun 2024 dengan telepon masuk sebanyak 269.903 dan telepon terlayani 255.471 (95%). Sedangkan melalui chatbot (layanan konsultasi berhenti merokok berupa pesan otomatis yang dapat menjangkau lebih banyak orang yang ingin berhenti

merokok) sebanyak 120.507 yang terbagi pada empat channel yaitu tautan situs resmi sebanyak 25.657 (21,3%), Telegram 10.612 (8,8%), Facebook 4.932 (4,1%) dan WhatsApp 79.306 (65,8%). Dari total klien yang mendapatkan konseling UBM baik melalui telepon tidak berbayar maupun chatbot sebanyak 417.841 orang, yang siap berhenti merokok 2.539 orang (0,61%), yang sudah berhenti merokok 471 orang (0,11%), masih proses konseling 1.042 (0,25%). Status klien ini benar-benar berhenti merokok setelah dilakukan konseling UBM, tidak dapat dipastikan karena hanya dilakukan follow-up melalui panggilan telepon. Telepon yang tidak terlayani dapat terjadi karena beberapa hal di antaranya:

1. Telepon klien yang masuk ke konselor tetapi pada saat bersamaan seluruh konselor

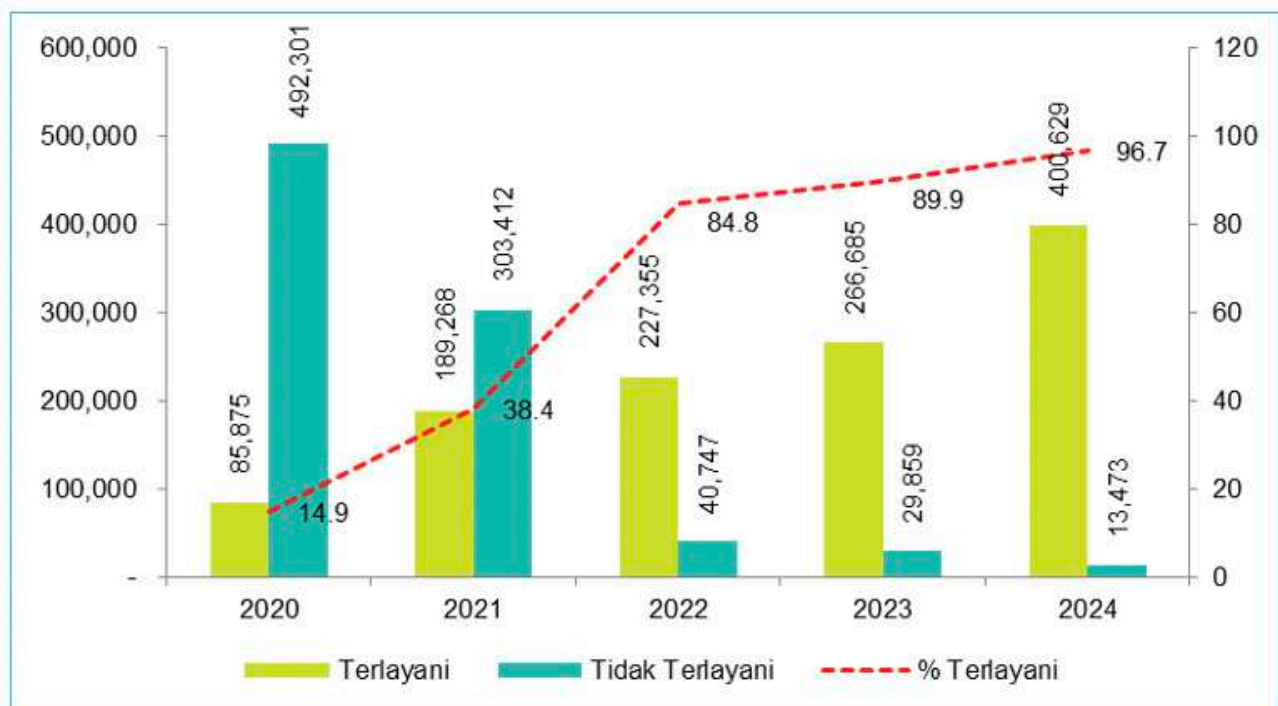
sedang melayani konseling kepada klien dan saat menunggu waktu antrian layanan telpon diangkat waktu sudah habis karena daftar antrian hanya 5–10 orang (misscall) sehingga bila lebih dari itu dial telepon tidak bisa masuk.

2. Saat klien dikontak untuk follow-up telepon tidak diangkat (telepon tidak aktif). Berikut adalah grafik tren layanan konseling berhenti merokok melalui Quitline.Ina dengan nomor telepon 0800–177–6565 periode 2020–2024, dimana terjadi penurunan signifikan jumlah klien yang tidak terlayani di tahun 2024 (yang tidak terlayani hanya 5,0%). Hal ini menunjukkan kualitas layanan Quitline.Ina yang semakin baik.

### Grafik 3.41

#### Target dan Capaian Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia ≥ 18 tahun

Sumber data: Data SIK, SKI 2023



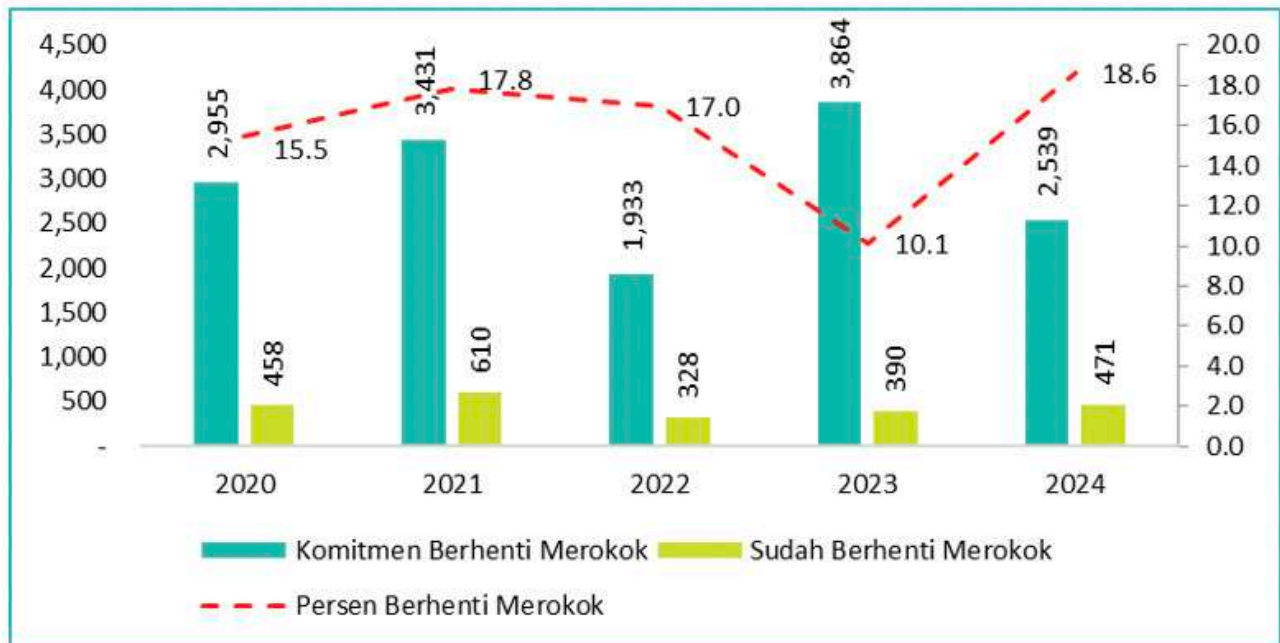
Sedangkan klien yang sudah berhenti merokok setelah mendapatkan konseling berhenti merokok Quitline.Ina juga menunjukkan peningkatan. Selain adanya gambar peringatan kesehatan dalam bungkus/kemasan rokok juga tercantum nomor

telepon layanan konseling Quitline.Ina. Sehingga masyarakat yang ingin berhenti merokok dapat mengaksesnya dengan mudah. Tren peningkatan klien yang sudah berhenti merokok periode 2020–2024 digambarkan dalam grafik berikut ini:

**Grafik 3.42**

**Tren Peningkatan Jumlah Klien yang Berhenti Merokok melalui Quitline.Ina Tahun 2020–2024**

Sumber data: Quitline Tahun 2020–2024



Grafik di atas menunjukkan, meskipun tidak signifikan, dapat terlihat adanya peningkatan proporsi jumlah klien yang berhasil berhenti merokok melalui Quitline.Ina. Dari total klien yang menyampaikan komitmen berhenti merokok di tahun 2024 yakni dari 8% pada tahun 2023 menjadi 14% pada tahun 2024. Namun, jumlah klien yang menyatakan komitmen untuk berhenti merokok pada tahun 2024 lebih rendah dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Untuk mencapai target indikator penurunan merokok penduduk usia 10–18 tahun dilakukan kegiatan-kegiatan selama tahun 2024, antara lain:

1. Advokasi kepada pimpinan Pemerintah Kota Gorontalo (Gorontalo), Kabupaten Cirebon (Jawa Barat), Kabupaten Kupang, Kabupaten Sumba Timur (Nusa Tenggara Timur), Kabupaten Nias, Kabupaten Simalungun (Sumatera Utara) untuk dapat menerapkan KTR di wilayahnya. Sampai saat ini di Provinsi Sumatera Utara masih ada tiga kabupaten/kota yang belum memiliki peraturan tentang KTR yaitu Kabupaten Karo, Kabupaten Labuanbatu, dan Kota Gunungsitoli. Advokasi dilakukan ke Provinsi Jawa Tengah terkait penerapan KTR di tujuh tatanan, karena hampir semua kabupaten/kota sudah memiliki

peraturan tentang KTR kecuali Kabupaten Sukoharjo belum memiliki peraturan. Advokasi juga dilakukan ke Kabupaten Kediri (Jawa Timur) dan Kabupaten Pematang Siantar (Sumatera Utara).

2. Monitoring dan evaluasi dalam rangka implementasi KTR di tujuh tatanan dilaksanakan di Kabupaten Pulang Pisau (Kalimantan Tengah), Kabupaten Deli Serdang (Sumatera Utara), Kabupaten Aceh Jaya (Aceh), Kabupaten Ngawi, Kabupaten Probolinggo (Jawa Timur), Kabupaten Karangasem (Bali). Kemudian di Kabupaten Barru (Sulawesi Selatan), Kota Bontang (Kalimantan Timur), Kabupaten Banyuasin (Sumatera Selatan), Kota Bukittinggi (Sumatera Barat), Kabupaten Purworejo (Jawa Tengah). Juga di Kabupaten Seluma (Bengkulu), Kabupaten Pangandaran, Kabupaten Bogor (Jawa Barat), Kabupaten Lampung Tengah (Lampung), Kabupaten Sumba Barat (NTT), Kota Mataram (NTB), Kota Pontianak (Kalimantan Barat), Kota Gorontalo (Gorontalo), Kota Banjarmasin (Kalimantan Selatan). Serta Kota Cimahi (Jawa Barat), Kota Manado (Sulawesi Utara), Kota Palu (Sulawesi Tengah), Kabupaten Mamuju (Sulawesi Barat), Kabupaten Konawe (Sulawesi Tenggara), dan Kabupaten Karanganyar (Jawa Tengah).
3. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan layanan UBM di 12 kabupaten/kota meliputi Kabupaten Barito Kuala (Kalimantan Selatan), Kota Surakarta (Jawa Tengah), Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Bangka (Kep. Bangka Belitung), Kabupaten Gowa (Sulawesi Selatan), Kota Banjarbaru (Kalimantan Selatan), Kabupaten Langkat (Sumatera Utara). Kemudian Kabupaten Ciamis (Jawa Barat), Kota Tidore Kepulauan (Maluku Utara), Kabupaten Minahasa (Sulawesi Utara), Kabupaten Aceh Besar (Aceh), Kabupaten Konawe Selatan (Sulawesi Tenggara).
4. Pembahasan dan uji coba integrasi layanan Quitline. Ina dengan layanan UBM di daerah berbasis *e-ticketing* sebagai tindak lanjut dari uji coba yang telah dilakukan pada akhir tahun 2023. Yang meliputi 12 lokasi yaitu Kota Medan, Kota Bandar Lampung, Kota Bandung, Kota Makassar, Kota Pekanbaru, Kota Jambi, Kota Bekasi, Kota Depok, Kota Administrasi Jakarta Selatan, Kota Surabaya, Kota Bogor dan Kota Palembang.
5. Monitoring dan evaluasi program Quitline. Ina berhenti merokok terintegrasi dengan layanan UBM di daerah berbasis *e-ticketing* yang dilaksanakan di delapan kabupaten/kota meliputi Kota Surabaya (Jawa Timur), Kota Bogor, Kota Depok (Jawa Barat), Kota Jambi (Jambi), Kota Makassar (Sulawesi Selatan), Kota Bandar Lampung (Lampung), Kota Palembang (Sumatera Selatan), Kota Pekanbaru (Riau). Ada 4 kabupaten/kota yang tidak dilakukan *monev* karena ada efisiensi anggaran yang dilakukan menjelang Triwulan IV, namun demikian sudah terlaksana 67% yang dilakukan monitoring dan evaluasi sebagai sampling yang menggambarkan situasi pelaksanaan program tersebut.
6. Pembahasan pelaksanaan monitoring dan evaluasi skrining perilaku merokok pada anak sekolah usia 10–18 tahun dilanjutkan kunjungan lapangan di lima titik meliputi Kab. Bangka Selatan (Kep. Bangka Belitung), Kab. Gowa (Sulawesi Selatan), Kota Pasuruan (Jawa Timur), Kab. Tanah Datar (Sumatera Barat) dan Kab. Lombok Barat (Nusa Tenggara Barat).
7. Sebagai tindak lanjut dari kegiatan uji coba skrining perilaku merokok pada anak sekolah usia 10–18 tahun pada tahun 2023 yang dilaksanakan di Kab. Banyuwangi, Kota Batu, Kota Malang (Jawa Timur) bekerjasama dengan UNICEF, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota serta forum anak. Selanjutnya dilakukan perluasan wilayah ujicoba skrining perilaku merokok pada anak sekolah usia 10–18 tahun di wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat (Kab. Lombok Barat), Nusa Tenggara Timur (Kota Kupang) dan Sulawesi Selatan (Kab. Gowa).
8. Pembahasan *reviu* petunjuk teknis upaya berhenti merokok lintas program di lingkungan Kementerian Kesehatan dan Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI). Pembahasan ini

dilakukan mengingat ada perkembangan terkini dalam ilmu pengetahuan terkait konseling berhenti merokok, tools atau instrumen baru yang memperkuat layanan konseling UBM.

9. Pertemuan dengan WHO Indonesia, PDPI, lintas program di Kemenkes, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Sudinkes Jakarta Pusat, Sudinkes Jakarta Barat, Sudinkes Jakarta Timur, Sudinkes Jakarta Utara, Sudinkes Jakarta Selatan beserta puskesmas di wilayah DKI Jakarta, pemerhati pengendalian tembakau, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, dan Dinas Pendidikan Provinsi DKI Jakarta untuk penguatan brief advice (nasehat singkat) bagi para perokok yang melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan dalam membantu para perokok untuk berhenti merokok.
10. Lanjutan reviu Petunjuk Teknis Layanan Upaya Berhenti Merokok diintegrasikan dengan pencatatan dan pelaporan layanan UBM dengan mempertimbangkan mana yang lebih memungkinkan untuk dapat dilakukan apakah melalui aplikasi SIMPUS atau dalam dashboard ASIK.
11. Pertemuan koordinasi dalam rangka penguatan implementasi Kawasan Tanpa Rokok dan pengembangan layanan UBM di kampus (perguruan tinggi) dan di satuan pendidikan. Penguatan implementasi KTR di perguruan tinggi dengan memasukkan usulan akreditasi ke Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN PT) sebagai prasyarat akreditasi perguruan tinggi.
12. Penyusunan rancangan petunjuk teknis pemanfaatan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) untuk penguatan layanan UBM di daerah dengan Biro Perencanaan dan Anggaran dan lintas program di Kemenkes berkoordinasi dengan Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

1. Belum optimalnya penerapan kebijakan UU

No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan PP No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan. Pada Agustus 2024 telah ditetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dalam rangka memperkuat pelaksanaan implementasi Kawasan Tanpa Rokok di tujuh tatanan yang bertujuan melindungi generasi muda dari dampak/bahaya produk tembakau maupun rokok elektronik.

2. Kebanyakan pemerintah daerah yang telah menetapkan perda KTR belum melengkapi dengan petunjuk pelaksanaannya perda tersebut sehingga berpengaruh dalam penahapan dan tata cara pelaksanaannya di lapangan. Belum semua daerah menetapkan Tim Satuan Tugas Pengawasan dan Penegakan Kepatuhan KTR.
3. Masih ditemukan banyaknya iklan, promosi produk tembakau yang tidak sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan.
4. Masih banyak ditemukan penjualan rokok secara eceran per batang baik di warung-warung atau pedagang asongan sehingga memberikan akses yang mudah bagi anak-remaja untuk mendapatkan rokok.
5. Masih ditemukannya pelanggaran di kawasan yang telah ditetapkan sebagai KTR seperti ditemukan orang merokok di KTR, membuang puntung rokok di KTR.
6. Di fasilitas pelayanan kesehatan. tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain seharusnya menerapkan kepatuhan 100% KTR, namun masih ditemukan puntung rokok dan orang merokok di kawasan tersebut.
7. Semakin mudah mencari warung/toko yang menjual rokok elektronik dengan berbagai varian rasa yang ditawarkan.
8. Iklan rokok konvensional maupun rokok elektronik dengan mudah ditemukan dalam internet, media sosial yang selalu muncul

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

1. Sosialisasi Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan kepada kementerian/lembaga, pemerintah daerah, organisasi profesi, akademisi, tokoh/pemuka agama, tokoh masyarakat, para pemerhati pengendalian tembakau dan para stakeholder.
2. Sosialisasi dan advokasi kepada pimpinan daerah untuk percepatan dalam implementasi Kawasan Tanpa Rokok sesuai perda yang telah ditetapkan, menetapkan Tim Satgas KTR, melakukan pengawasan dan penegakan kepatuhan KTR dan pemberian sanksi bagi pelanggar sebagai efek jera.
3. Menyampaikan bahan masukan/usulan kepada Badan Kebijakan Fiskal, Pusat Kebijakan Pendapatan Negara Kementerian Keuangan terkait Kebijakan Tarif Cukai Hasil Tembakau Mendatang dalam rangka Pengendalian Konsumsi Produk Tembakau dan Rokok Elektronik pada RPJMN 2025–2029.
4. Pemerintah daerah secara berkelanjutan melakukan sosialisasi dan edukasi terkait bahaya rokok dan paparan asap rokok orang lain di kawasan yang ditetapkan sebagai KTR.
5. Pelibatan forum anak-remaja dalam kampanye perlindungan terhadap anak-remaja dari bahaya rokok dan paparan asap rokok orang lain.
6. Kementerian Kesehatan memberikan apresiasi kepada daerah yang telah menetapkan dan menerapkan kebijakan KTR; memberikan apresiasi kepada puskesmas yang mempunyai inovasi dan percepatan dalam penyelenggaraan layanan UBM.
7. Pelaksanaan lanjutan skrining perilaku merokok anak sekolah usia 10–18 tahun di wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Selatan.
8. Penguatan pemanfaatan anggaran bersumber Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) untuk implementasi KTR dan layanan konseling berhenti merokok.
9. Penguatan dalam progres integrasi layanan Quitline.Ina dengan Layanan UBM di daerah melalui *e-ticketing*.
10. Penguatan layanan konseling berhenti merokok puskesmas dengan pengembangan brief advice (nasihat singkat) yang dapat dilakukan oleh semua tenaga kesehatan di semua unit layanan yang dilakukan dalam waktu yang relatif singkat hanya 30 detik sampai 3 menit, sehingga akan memberikan kesan dan pesan kepada pasien/keluarga untuk tergerak berhenti merokok.
11. Penguatan dalam pembahasan pengaturan pelarangan iklan produk tembakau maupun rokok elektronik di media elektronik, internet, media sosial.
12. Penguatan dalam pembahasan penetapan kadar nikotin dan tar yang melibatkan lintas kementerian/lembaga.
13. Penguatan dalam pembahasan pengaturan pictorial health warning (PHW) atau peringatan kesehatan bergambar pada kemasan rokok konvensional maupun rokok elektronik.



### 3.1.13. Jumlah Kabupaten/Kota Sehat

Kabupaten/Kota Sehat (KKS) merupakan suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman, dan sehat untuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan semua tatanan dengan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah. Pendekatan Kota Sehat pertama kali dikembangkan oleh WHO di Eropa pada tahun 1986 sebagai strategi menyongsong Ottawa Charter dengan penekanan bahwa status kesehatan masyarakat dapat dicapai dan berkesinambungan jika semua aspek sosial, ekonomi, lingkungan, dan budaya diperhatikan.

Oleh karena itu, konsep kota sehat tidak hanya fokus pada pelayanan kesehatan yang lebih ditekankan kepada suatu pendekatan kondisi sehat dan problem sakit saja. Tapi kepada aspek menyeluruh yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, baik jasmani maupun rohani. Indonesia telah mengimplementasikan pendekatan KKS sejak tahun 2005 dengan dasar pelaksanaan Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan

Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan KKS. Penyelenggaraan KKS juga menjadi salah satu strategi kesehatan nasional dalam pembudayaan perilaku hidup sehat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, sesuai dengan arah kebijakan RPJMN 2020–2024 bidang kesehatan.

Definisi operasional KKS adalah kabupaten/kota yang melaksanakan seluruh tatanan, memiliki SK Tim Pembina, memiliki SK forum, rencana kerja dan mempunyai laporan hasil verifikasi oleh tim pembina tingkat provinsi. Capaian indikator KKS dihitung dari jumlah kabupaten/kota yang telah memenuhi kriteria penyelenggaraan KKS.

Capaian indikator KKS pada tahun 2024 sebanyak 422 kabupaten/kota dan telah melampaui target yang ditetapkan sebanyak 420 kabupaten/kota sehingga capaian kinerja KKS terhitung sebesar 100,48%. Tren pencapaian kabupaten/kota Sehat selama tahun 2020–2024 digambarkan dalam

#### Grafik 3.43

Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota Sehat Tahun 2020–2024

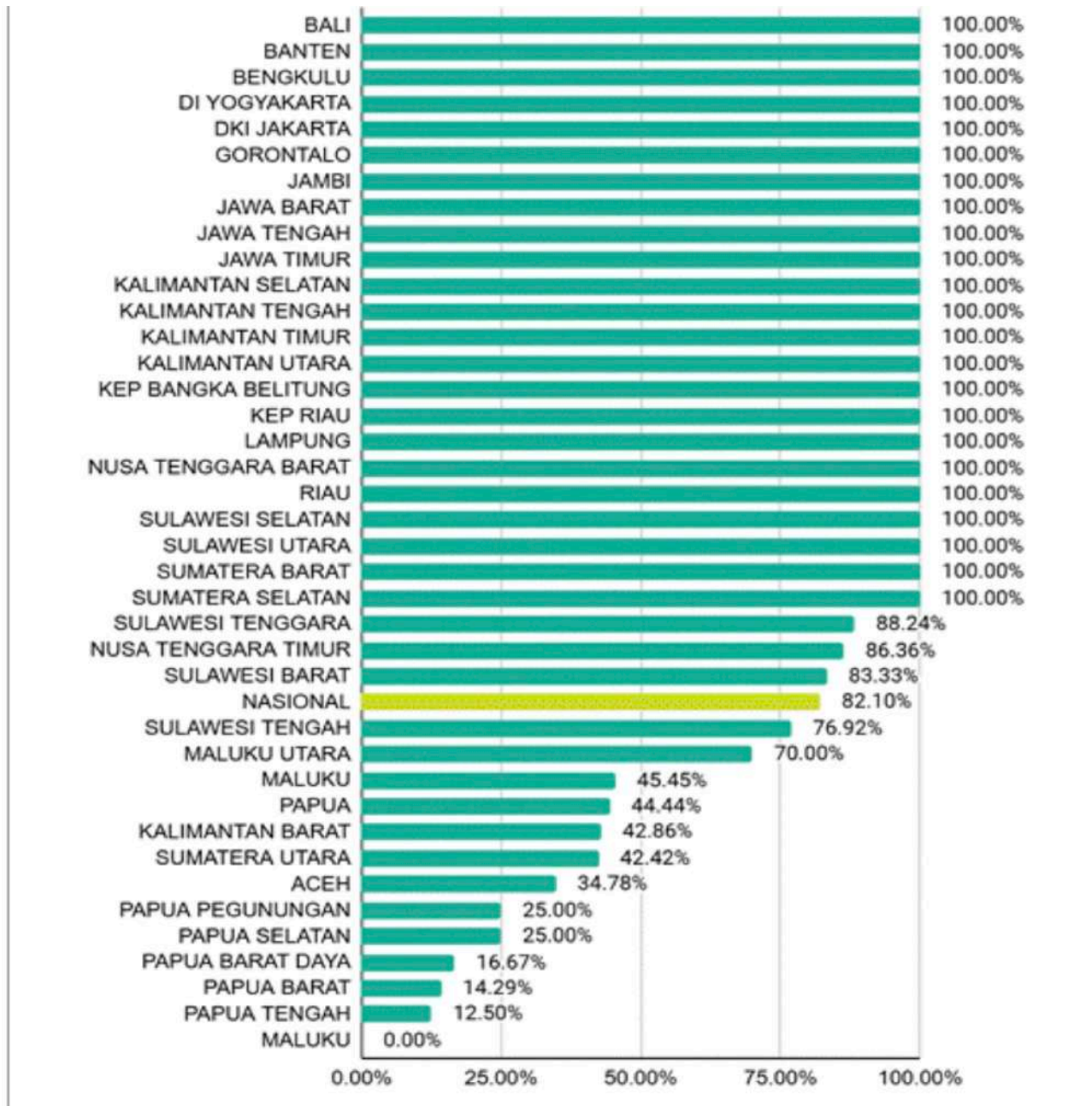


Capaian indikator KKS mengalami tren yang meningkat dan melebihi target yang ditetapkan setiap tahunnya. Tercapainya target penyelenggaraan KKS tersebut karena adanya dukungan semua pihak baik Tim Pembina KKS dan Forum KKS pada semua tingkatan (pusat, provinsi, kabupaten/kota) serta mitra pembangunan lainnya yang terlibat dalam KKS. Faktor-faktor pendukung keberhasilan capaian antara lain perubahan strategi advokasi percepatan penyelenggaraan KKS yang melibatkan mitra pembangunan seperti HAKLI, SPEAK, AKKOPSI, dan Forum Nasional KKS. Fasilitas

pendampingan percepatan penyelenggaraan KKS melalui kegiatan *coaching clinic* yang dilaksanakan secara luring maupun daring. Pemberian Penghargaan Swasti Saba dari Menteri Kesehatan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota yang berhasil menyelenggarakan KKS juga masih menjadi salah satu faktor pendukung pencapaian target KKS. Selain itu, bagi pemerintah daerah yang menyelenggarakan KKS diberikan kesempatan untuk bergabung dalam jejaring *healthy city* yang dikelola oleh WHO. Berikut ini persentase kabupaten/kota sehat per provinsi:

Grafik 3.44

apaian Persentase Kabupaten/Kota Sehat per Provinsi Tahun 2024



Berbagai kegiatan dilakukan untuk mencapai target indikator antara lain:

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

Dalam pelaksanaan kegiatan ditemukan beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

1. Masih terdapat perbedaan interpretasi dalam menerjemahkan definisi operasional indikator di daerah yaitu antara penyelenggaraan KKS dengan Penghargaan Swasti Saba;
2. Belum semua pemerintah daerah memahami pendekatan KKS ini sebagai salah satu kendaraan dalam mengevaluasi pembangunan kesehatan di daerah sehingga pendekatan KKS ini belum menjadi prioritas untuk mendapatkan

dukungan sumber daya;

3. Belum optimalnya mekanisme monitoring dan evaluasi penyelenggaraan KKS di pusat.

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

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

3.2. Sasaran Strategis 2: Terpenuhinya Sarana, Prasarana, Obat, BMHP, dan Alat Kesehatan Yankes Primer

Adapun uraian target IKU pada Sasaran Strategis 2 sebagai berikut:

**Tabel 3.15**  
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 2: Terpenuhinya Sarana, Prasarana, Obat, BMHP, dan Alat Kesehatan Yankes Primer

| No | Indikator Kinerja                                                                         | Realisasi Kinerja |              |                  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|------------------|
|    |                                                                                           | Target 2024       | Capaian 2024 | % Realisasi 2024 |
| 1  | Persentase kabupaten/kota dengan SPA Puskesmas yang memenuhi standar                      | 100               | 100          | 100              |
| 2  | Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar | 92                | 92,34        | 100,37           |

3.2.1. Persentase Kabupaten/Kota dengan SPA Puskesmas yang Memenuhi Standar

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

Di dalam Peraturan Menteri Kesehatan tersebut juga dinyatakan bahwa persyaratan peralatan telah terpenuhi paling sedikit 60% juga dinyatakan

bahwa adanya keharusan bagi puskesmas untuk memenuhi standar sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dinyatakan dalam persyaratan pendirian dan pengembangan suatu puskesmas. Gambaran terkait pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan dapat dilihat pada data aplikasi SPA kesehatan (ASPAK) yang diharapkan dapat mencerminkan kondisi sesungguhnya terkait SPA di puskesmas tersebut. Selanjutnya untuk menjamin keterpenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan bagi puskesmas diperlukan evaluasi terhadap pemenuhan yang sudah dilakukan. Melalui upaya tersebut diharapkan adanya gambaran yang jelas mengenai situasi dan kondisi SPA yang ada di puskesmas. Mengingat jumlah puskesmas yang cukup besar, maka dibutuhkan evaluasi yang detail untuk dapat mengkonfirmasi kondisi SPA yang ada di tiap puskesmas. Dalam melakukan evaluasi tersebut Kementerian Kesehatan bersama-sama dengan lintas sektor/kementerian/lembaga memberikan dukungan kepada daerah dalam hal ini dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota dalam bentuk koordinasi dan konsultasi. Persentase kabupaten/kota dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas di wilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK.

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

Definisi operasional persentase kabupaten/kota dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas di wilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK. Perhitungan Indikator jumlah kabupaten/kota dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas minimal 60% berdasarkan data ASPAK dibagi total jumlah kabupaten/kota dikali 100. Cara

melakukan perhitungan pada indikator ini adalah dengan menghitung kabupaten/kota yang rata-rata SPA di puskesmas mencapai nilai minimal 60% berdasarkan data ASPAK kemudian dibagi dengan jumlah kabupaten/kota di Indonesia sebesar 514 kabupaten/kota dikalikan 100%.

**Rumus Perhitungan:**

**Jumlah kabupaten/kota dengan rata-rata pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (SPA) puskesmas minimal 60% berdasarkan data ASPAK**

---

**Total Jumlah kabupaten/kota (514 kabupaten/kota)\***

**x100%**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian

Kesehatan Tahun 2020–2024 Indikator Sasaran Strategis (ISS) persentase kabupaten/kota dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar untuk target tahun 2024 adalah sebesar 100%.

**Tabel 3.16**  
Capaian Kinerja Kabupaten/Kota dengan SPA Puskemas yang Memenuhi Standar

| Indikator Kinerja                                                     | Realisasi Kinerja |              |                  |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|------------------|
|                                                                       | Target 2024       | Capaian 2024 | % Realisasi 2024 |
| Persentase kabupaten/kota dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar. | 100               | 100          | 100              |

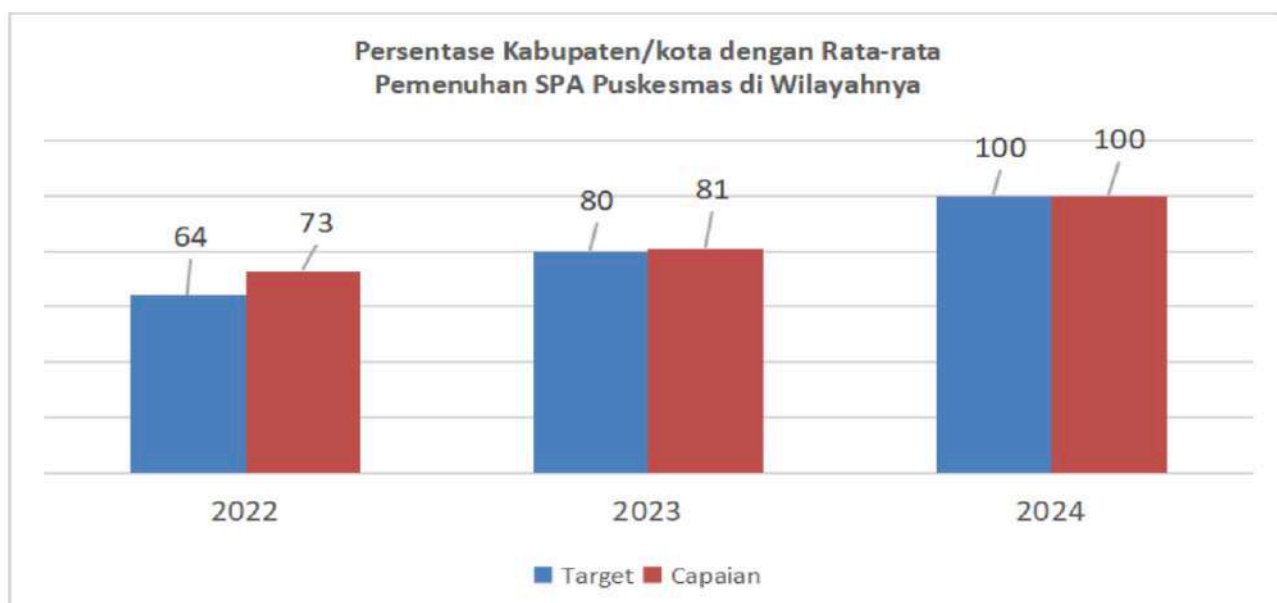
Capaian tahun 2024 adalah sebanyak 514 kabupaten/kota (100%) memiliki puskesmas sesuai standar. Angka ini diperoleh dari data ASPAK akhir bulan Desember 2024 dengan menghitung persentase kabupaten/kota dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar, sebanyak 514 kabupaten/kota telah memiliki SPA sesuai standar

atau sebesar 100%. Pemenuhan SPA di puskesmas baik melalui DAK atau sumber dana lainnya (hibah) dan juga dilakukan pendampingan pengisian ASPAK yang baik dan benar.



**Grafik 3.45**

Persentase Kabupaten/kota dengan Rata-rata Pemenuhan SPA Puskesmas di Wilayahnya



Dalam upaya mencapai target indikator persentase kecamatan dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas di wilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK.

Dalam upaya mencapai target indikator persentase kecamatan dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas di wilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK.

daerah-daerah yang mengalami kendala dalam hal proses pemenuhan SPA melalui DAK dan penentuan jadwal kegiatan serta penyusunan instrument pendukung.

Dilakukan melalui kegiatan sebagai berikut:

#### 1. Pembinaan dan Pengawasan Pemenuhan SPA Puskesmas

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

##### a. Pendampingan Tahap Awal

Tahapan ini dilakukan secara daring melalui Zoom dan dilakukan sebagai kegiatan persiapan. Tujuan dari kegiatan ini adalah mempersiapkan segala sesuatu terkait kegiatan pembinaan dan pengawasan antara lain penyusunan SK tim dan mengidentifikasi

##### b. Pendampingan Tahap I

Merupakan kegiatan yang bertujuan untuk memberi dukungan kepada daerah dalam pemenuhan persyaratan penarikan DAK tahap I sampai dengan batas waktu 21 Juli. Dilakukan dengan cara Zoom terhadap seluruh target dan kunjungan lapangan pada lokus tertentu dengan tujuan untuk memastikan bahwa semua daerah sudah dapat memenuhi persyaratan penyaluran. Persyaratan tersebut antara lain Perda APBD tahun anggaran berjalan, laporan realisasi penyerapan dana dan capaian output kegiatan DAK Fisik tahun anggaran (TA) sebelumnya yang telah direviu APIP, rencana kegiatan yang telah disetujui oleh kementerian/lembaga teknis dan daftar kontrak Kegiatan.

##### c. Pendampingan Tahap II

Kegiatan ini bertujuan untuk memberi dukungan kepada daerah dalam pemenuhan persyaratan penarikan DAK Tahap II sampai dengan batas waktu 21 Oktober. Melakukan evaluasi terkait progres pelaksanaan pemenuhan SPA serta mengidentifikasi permasalahan-permasalahan yang menjadi kendala dalam pelaksanaan tersebut. Kegiatan dilakukan dengan cara Zoom terhadap seluruh target dengan tujuan untuk memastikan bahwa semua daerah sudah dapat memenuhi persyaratan penyaluran serta kunjungan lapangan pada lokus-lokus yang berkendala. Persyaratan tersebut antara lain Perda APBD tahun anggaran berjalan, laporan realisasi penyerapan dana dan capaian output kegiatan DAK Fisik TA sebelumnya yang telah direviu APIP, Rencana Kegiatan yang telah disetujui oleh kementerian/lembaga teknis dan Daftar kontrak Kegiatan.

**d. Pendampingan tahap III**

Merupakan kegiatan yang bertujuan untuk memberi dukungan kepada daerah dalam pemenuhan persyaratan penarikan DAK tahap III sampai dengan batas waktu 15 Desember, melakukan evaluasi terkait progres pelaksanaan pemenuhan SPA serta mengidentifikasi permasalahan-permasalahan yang menjadi kendala dalam pelaksanaan tersebut. Kegiatan dilakukan dengan cara Zoom terhadap seluruh lokus penerima DAK dengan tujuan untuk memastikan bahwa semua daerah sudah dapat memenuhi persyaratan penyaluran tahap akhir serta kunjungan lapangan pada lokus-lokus yang berkendala. Persyaratan tersebut antara lain Perda APBD tahun anggaran berjalan, laporan realisasi penyerapan dana dan capaian output kegiatan DAK Fisik TA sebelumnya yang telah direviu APIP, Rencana Kegiatan yang telah disetujui oleh kementerian/lembaga teknis dan daftar kontrak kegiatan.

**2. Monitoring dan Evaluasi Pemenuhan SPA Sesuai Standar Puskesmas**

Upaya pemenuhan SPA dilakukan melalui

Dana Alokasi Khusus (DAK), APBD dan dana pendukung lainnya. Selanjutnya untuk meningkatkan mutu SPA Puskesmas yang sudah dipenuhi tersebut perlu dilaksanakan juga kegiatan monitoring dan evaluasi serta bimbingan teknis di fasilitas pelayanan kesehatan. Melalui kegiatan tersebut diharapkan akses dan mutu pelayanan Kesehatan dapat ditingkatkan. Maksud kegiatan monev pemenuhan SPA di FKTP adalah untuk menjamin pemenuhan standar sarana, prasarana dan alat kesehatan puskesmas agar pelayanan Kesehatan di puskesmas dapat sesuai dengan standar. Kegiatan Monitoring dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

**a. Persiapan**

Dilakukan secara daring, bertujuan untuk melakukan persiapan monev pemenuhan SPA melalui data ASPAK. Kegiatan persiapan tersebut .antara lain meliputi penyusunan SK, penentuan jadwal kegiatan, penentuan metoda kegiatan dan penyusunan instrumen pendukung. Kegiatan ini dilakukan dengan melibatkan dinas kabupaten/kota dan provinsi.

**b. Analisis Data ASPAK**

Dilakukan secara hybrid yang dilaksanakan di Kementerian Kesehatan. Peserta pada pertemuan ini adalah staf Direktorat Fasyankes, lintas program terkait ASPAK serta narasumber lintas sektor yang terkait dengan ASPAK. Pertemuan ini juga melibatkan dinas kabupaten/kota dan provinsi.

**c. Kroscek Data ASPAK**

Merupakan perjalanan dinas ke daerah untuk melakukan kroscek terhadap kebenaran data SPA yang ada di ASPAK. Kegiatan ini dilakukan tiap tiga bulan setelah dilakukan analisis terhadap data ASPAK.

**d. Penyampaian Hasil Evaluasi Pemenuhan SPA**

Merupakan pertemuan yang dilakukan secara daring yang bertujuan untuk menyampaikan hasil evaluasi pemenuhan SPA pada triwulan berjalan. Peserta pada

3. Koordinasi Pemenuhan SPA di Puskesmas  
Untuk mendukung pemenuhan SPA melalui DAK tahun 2024 perlu diselenggarakan koordinasi bagi seluruh penerima DAK sebagai upaya peningkatan kemampuan sebuah daerah untuk melaksanakan kegiatan pemenuhan secara tepat, cepat dan sesuai dengan aturan. Kegiatan koordinasi pemenuhan SPA di puskesmas dilaksanakan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan kegiatan pemenuhan standar SPA di puskesmas. Kegiatan ini termasuk kegiatan yang direvisi karena perubahan arah kebijakan program di Kementerian Kesehatan yaitu terkait Transformasi Sistem Kesehatan, kegiatan ini terdiri dari beberapa kegiatan. Targetnya adalah penerima alokasi DAK Fisik Dasar tahun 2024 yaitu 514 dinas kesehatan kabupaten/kota dan 38 provinsi. Kegiatan tersebut meliputi:

**a. Koordinasi di Pusat**

Dilakukan secara daring yang bertujuan untuk melakukan koordinasi dengan semua unit yang terkait dengan pemenuhan SPA melalui DAK.

**b. Koordinasi di Daerah**

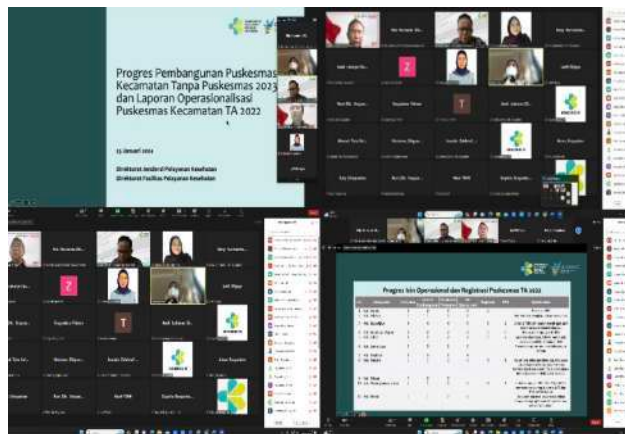
Dilakukan secara daring dan luring dengan melibatkan seluruh unit yang terkait pelaksanaan pemenuhan SPA Puskesmas melalui DAK. Pelaksanaan kegiatan koordinasi tersebut dilaksanakan dengan metode hybrid (daring dan luring) dengan peserta yang berasal dari dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota.

Kegiatan yang dilakukan untuk mendorong pencapaian indikator tersebut:

1. Melakukan Monitoring Supervisi Pembangunan Infrastruktur Puskesmas Prototipe Modern
  - a. Kegiatan-kegiatan dilakukan dengan melakukan pertemuan secara daring, dengan dinas kabupaten/kota terkait pembangunan puskesmas bersumber DAK. Pertemuan ini untuk mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh daerah

dalam proses pembangunan puskesmas Dalam pertemuan ini menghadirkan lintas sektor antara lain dari Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri, dan lintas program sebagai narasumber.

**Gambar 3.7**  
Monitoring Supervisi Secara Daring Pembangunan Infrastruktur Puskesmas



- b. Pelaksanaan kunjungan langsung ke lokasi pembangunan  
Pada kegiatan ini tim teknis Direktorat Fasyankes melakukan pendampingan dan supervisi ke lokasi pembangunan puskesmas berdasarkan hasil identifikasi pada pertemuan daring. Melibatkan lintas program dari Biro Perencanaan Kemenkes, Setditjen Yankes, serta Dinkes provinsi. Dalam kegiatan ini tim teknis Kemenkes meninjau lokasi pembangunan, kesiapan lahan, kesesuaian perencanaan daerah

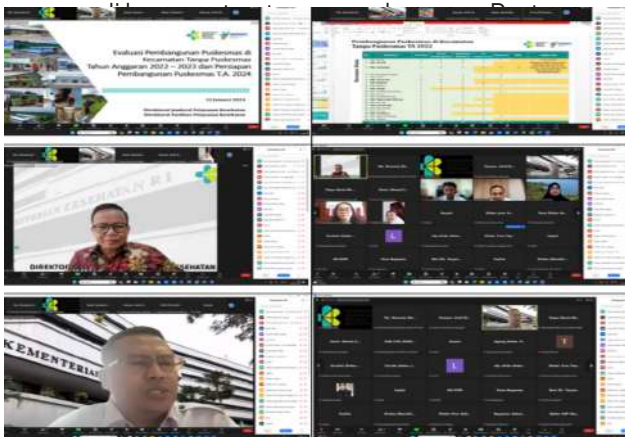
**Gambar 3.8**  
Kunjungan Langsung ke Lokasi Pembangunan



2. Memberikan pembinaan dan pengawasan Pukesmas dalam rangka pembangunan infrastruktur prototipe modern Puskesmas melalui anggaran DAK  
Kegiatan ini merupakan pertemuan koordinasi dengan sasaran kabupaten/kota penerima DAK tahun 2024 yakni dengan:

- a. Melakukan Pertemuan Daring

**Gambar 3.9** Tujuan untuk mengidentifikasi permasalahan pembangunan puskesmas  
Pemandangan Prioritas



**Gambar 3.10** Fasilitator melakukan pendampingan  
Pemandangan Prioritas ke lokasi pembangunan  
Pembangunan puskesmas di Kecamatan  
Puskesmas tanpa puskesmas berdasarkan hasil  
identifikasi pada pertemuan daring



- b. Kunjungan ke Lapangan  
Pada kegiatan ini tim teknis Direktorat



Upaya pemecahan masalah di atas yakni dengan:

1. Dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota melakukan pendampingan ke puskesmas dalam pengisian data SPA ke ASPAK dengan baik dan
2. Mendorong faskes untuk melakukan update pada aplikasi ASPAK, melakukan persuratan ke seluruh fasyankes, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi terkait update

data ASPAK dan validasi data ASPAK.

3. Melaksanakan peningkatan kompetensi tentang pengisian dan validasi ASPAK yang baik dan benar bagi petugas ASPAK puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi.

3.2.2. Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar

Penyediaan obat di sektor publik dilaksanakan secara konkuren antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pemerintah pusat mengambil peran memastikan bahwa pasokan obat program kesehatan dan stok penyangga (*buffer stock*) memadai, serta memastikan keamanan, efikasi dan kualitasnya. Salah satu tolok ukur penting dalam menilai keberhasilan transformasi sistem kesehatan nasional adalah memastikan akses masyarakat terhadap obat-obatan esensial. Ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan terutama Puskesmas sangat penting untuk menjamin pelayanan kesehatan yang optimal, terutama di daerah-daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan lanjutan.

Indikator ini mengukur persentase kabupaten/kota di mana puskesmas memiliki ketersediaan obat-obatan. Indikator dengan tujuan untuk memastikan ketersediaan obat yang merata di seluruh wilayah dan mengurangi angka kesakitan dan kematian yang dapat dicegah melalui pengobatan yang tepat waktu dan tepat jumlah.

Definisi operasional indikator adalah persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas dengan ketersediaan minimal 80% dari 40 item obat indikator pada saat dilakukan pemantauan. Cara perhitungan indikator adalah jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas dengan ketersediaan minimal 80% dari 40 item obat indikator dibagi jumlah kabupaten/

Tabel 3.17  
Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat sesuai Standar

| Indikator Kinerja                                                                          | Realisasi Kinerja |              |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|------------------|
|                                                                                            | Target 2024       | Capaian 2024 | % Realisasi 2024 |
| Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar. | 92                | 92,34        | 100,37           |

Salah satu strategi dalam mewujudkan pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas adalah melalui pemenuhan obat. Pemantauan obat dilakukan untuk menjamin pemenuhan obat terlaksana dengan baik yakni dilakukan terhadap 40 item obat esensial yang

harus tersedia di pelayanan kesehatan dasar. Obat-obat tersebut merupakan obat pendukung program tuberkulosis, malaria, kesehatan ibu dan anak, gizi, serta obat pelayanan kesehatan dasar esensial yang terdapat di dalam Formularium Nasional. Daftar obat indikator dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 3.18****Daftar Obat Indikator**

Sumber data: Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan

| No | Nama Obat                                                          | Bentuk Sediaan    |
|----|--------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1  | Albendazol/Pirantel Pamoat                                         | Tablet            |
| 2  | Alopurinol                                                         | Tablet            |
| 3  | Amlodipin/Kaptopril                                                | Tablet            |
| 4  | Amoksisilin 500 mg                                                 | Tablet            |
| 5  | Amoksisilin sirup                                                  | Botol             |
| 6  | Antasida tablet kunyah/antasida suspensi                           | Tablet/Botol      |
| 7  | Amitriptilin tablet salut 25 mg (HCl)                              | Tablet            |
| 8  | Asam Askorbat (Vitamin C)                                          | Tablet            |
| 9  | Asiklovir                                                          | Tablet            |
| 10 | Betametason salep                                                  | Tube              |
| 11 | Deksametason tablet/deksametason injeksi                           | Tablet/Vial/Ampul |
| 12 | Diazepam injeksi 5 mg/ml                                           | Ampul             |
| 13 | Diazepam                                                           | Tablet            |
| 14 | Dihidroartemisin+piperakuin (DHP) dan primaquin                    | Tablet            |
| 15 | Difenhidramin Inj. 10 mg/ml                                        | Ampul             |
| 16 | Epinefrin (Adrenalin) injeksi 0,1 % (sebagai HCl)                  | Ampul             |
| 17 | Fitomenadion (Vitamin K) injeksi                                   | Ampul             |
| 18 | Furosemid 40 mg/Hidroklorotiazid (HCT)                             | Tablet            |
| 19 | Garam Oralit serbuk                                                | Kantong           |
| 20 | Glibenklamid/Metformin                                             | Tablet            |
| 21 | Hidrokortison krim/salep                                           | Tube              |
| 22 | Kotrimoksazol (dewasa) kombinasi tablet/<br>Kotrimoksazol suspensi | Tablet/Botol      |
| 23 | Ketokonazol tablet 200 mg                                          | Tablet            |
| 24 | Klorfeniramina Maleat (CTM) tablet 4 mg                            | Tablet            |
| 25 | Lidokain inj                                                       | Vial              |
| 26 | Magnesium Sulfat injeksi                                           | Vial              |
| 27 | Metilergometrin Maleat injeksi 0,200 mg-1 ml                       | Ampul             |



| No | Nama Obat                        | Bentuk Sediaan |
|----|----------------------------------|----------------|
| 28 | Natrium Diklofenak               | Tablet         |
| 29 | OAT FDC Kat 1                    | Paket          |
| 30 | Oksitosin injeksi                | Ampul          |
| 31 | Parasetamol sirup 120 mg / 5 ml  | Botol          |
| 32 | Parasetamol 500 mg               | Tablet         |
| 33 | Prednison 5 mg                   | Tablet         |
| 34 | Retinol 100.000/200.000 IU       | Kapsul         |
| 35 | Salbutamol                       | Tablet         |
| 36 | Salep Mata/Tetes Mata Antibiotik | Tube           |
| 37 | Simvastatin                      | Tablet         |
| 38 | Tablet Tambah Darah              | Tablet         |
| 39 | Vitamin B6 (Piridoksin)          | Tablet         |
| 40 | Zinc 20 mg                       | Tablet         |

Pada tahun 2023, realisasi indikator persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar memiliki target sebesar 90% dan realisasi sebesar 90,59%, sehingga capaian yang diperoleh sebesar 100,66%. Pada tahun 2024, realisasi indikator persentase

kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar sebesar 92,34%, dengan capaian sebesar 100,37%. Realisasi indikator di tahun kelima Renstra menunjukkan hal yang positif karena telah melampaui target periode akhir tahun Renstra 2020–2024 yakni 92%.

### Grafik 3.46

#### Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar Tahun 2024

Sumber data: : Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan



Hasil tersebut diperoleh dari perhitungan kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar sebanyak 470 kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas dengan ketersediaan minimal 80% dari 509 kabupaten/kota yang melapor. Adapun tingkat pelaporan kabupaten/kota pada periode 2024 sebesar 99,03% dari 514 kabupaten/kota di seluruh Indonesia.

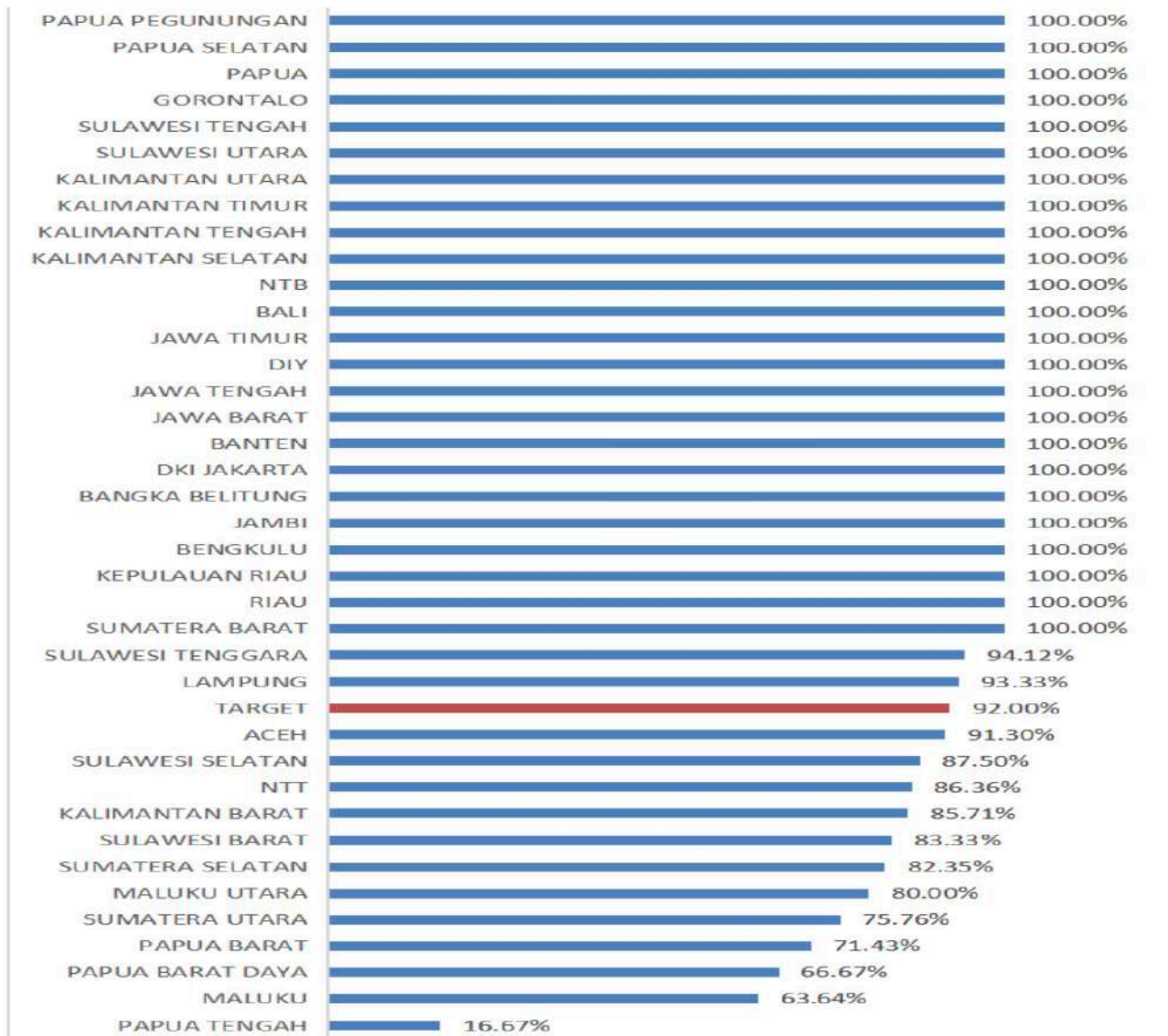
Capaian tertinggi persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar pada tahun 2024 yakni sebesar 100% yang dicapai oleh 24 provinsi antara lain Provinsi Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua,

Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara, Kalimantan Utara, Kalimantan Timur, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Nusa Tenggara Barat, dan Bali. Kemudian Jawa Timur, Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Barat, Banten, DKI Jakarta, Bangka Belitung, Jambi, Bengkulu, Kepulauan Riau, Riau, dan Sumatera Barat. Namun, masih terdapat provinsi dengan capaian persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar di bawah target nasional yaitu Provinsi Aceh, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Barat, Sumatera Selatan, Maluku Utara, Sumatera Utara, Papua Barat, Papua Barat Daya, Maluku dan Papua Tengah.

**Grafik 3.46**

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar Tahun 2024

Sumber data: : Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan



Masih adanya provinsi yang memiliki persentase yang rendah menjadi indikasi perlunya intervensi dan kolaborasi bersama Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah untuk memperbaiki tata kelola manajemen obat.

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang pencapaian indikator kinerja adalah:

1. Mendorong penguatan penganggaran penyediaan obat melalui APBD oleh pemerintah daerah dari Kementerian Dalam Negeri.
2. Mendorong pemanfaatan Dana Alokasi Umum (DAU) Specific Grant (SG) untuk penyediaan dan distribusi obat pelayanan kesehatan dasar.
3. Mendorong optimalisasi pemanfaatan dana kapitasi oleh puskesmas dalam rangka memenuhi kebutuhan obat pelayanan kesehatan dasar.
4. Monitoring dan pembinaan secara intensif kepada provinsi yang belum mencapai target nasional.
5. Berkoordinasi dengan provinsi dan kabupaten/kota melalui penyampaian feedback laporan ketersediaan obat secara berkala untuk meningkatkan kepatuhan pelaporan indikator ketersediaan obat program dengan tepat waktu.
6. Mendorong daerah untuk memantau dan mendorong ketersediaan obat secara berjenjang.
7. Mendorong percepatan pendistribusian dan pemenuhan dari Instalasi Farmasi Pusat serta menganalisis potensi relokasi.
8. Menyediakan obat buffer stock di Instalasi Farmasi Pusat dan Provinsi.
9. Meningkatkan kapasitas SDM dalam penerapan sistem pengelolaan logistik obat.
10. Perluasan penggunaan SMILE yang terimplementasi hingga tingkat puskesmas terdapat di empat provinsi DI Yogyakarta, NTT,

Papua dan Jawa Timur.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

1. Keterbatasan anggaran penyediaan obat pelayanan kesehatan dasar di dinas kesehatan kabupaten/kota.
2. Belum optimalnya pemanfaatan dana kapitasi puskesmas sebagai anggaran utama dalam menjamin ketersediaan obat di puskesmas.
3. Beberapa dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota tidak membangun sistem buffer untuk mengantisipasi kekurangan obat.

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

1. Mengupayakan pemenuhan obat melalui tahapan revisi APBD-Perubahan.
2. Mengawal usulan besaran pemanfaatan dana kapitasi untuk belanja obat dalam revisi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 tahun 2022 tentang Penggunaan Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan dalam Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, guna optimalisasi anggaran kapitasi alokasi biaya operasional untuk belanja obat.
3. Melakukan pendampingan dalam pengendalian ketersediaan obat melalui sistem informasi manajemen logistik di tiga provinsi dengan masing-masing tiga kabupaten/kota yang terindikasi memerlukan dorongan dalam capaian dan/atau kepatuhan pelaporan, serta ke masing-masing dua puskesmas di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dengan harapan mendapatkan gambaran pengelolaan di tingkat puskesmas serta dampak atas tidak tercapainya indikator ketersediaan terhadap pelayanan.

3.3. Sasaran Strategis 3:  
Menguatnya Tata Kelola Manajemen Pelayanan  
Dan Kolaborasi Publik-Swasta

Adapun uraian target IKU pada Sasaran Strategis 3 sebagai berikut:

Tabel 3.19  
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 3: Menguatnya Tata Kelola Manajemen Pelayanan dan Kolaborasi  
Publik-Swasta

| No | Indikator Kinerja                                                                               | Realisasi Kinerja |              |                  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|------------------|
|    |                                                                                                 | Target 2024       | Capaian 2024 | % Realisasi 2024 |
| 1  | Persentase FKTP terakreditasi                                                                   | 100               | 92,51        | 92,51            |
| 2  | Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas | 80                | 94,43        | 118.04           |

3.3.1 Persentase FKTP Terakreditasi

Definisi operasional indikator persentase fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) terakreditasi adalah FKTP yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku secara kumulatif pada tahun berjalan. FKTP yang dimaksud terdiri atas puskesmas dan klinik pratama. Akreditasi fasyankes (termasuk puskesmas dan klinik pratama) adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan kesehatan setelah

dilakukan penilaian bahwa fasilitas pelayanan kesehatan telah memenuhi standar akreditasi. Cara perhitungan sebagai berikut menghitung jumlah puskesmas dan klinik pratama yang terakreditasi pada tahun berjalan dibagi dengan jumlah puskesmas dan klinik pratama sesuai baseline dikalikan 100 persen.

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Jumlah Puskesmas dan Klinik Pratama Terakreditasi Pada Tahun Berjalan}}{\text{}} \times 100\%$$

Capaian jumlah FKTP yang terakreditasi pada TW IV 2024 adalah puskesmas terakreditasi sebanyak 10.021 dan klinik pratama terakreditasi sebanyak 10.012. Total FKTP (puskesmas dan klinik pratama) yang teregistrasi (baseline) sejak Desember 2022 dengan penyesuaian jumlah puskesmas sesuai regulasi yang berlaku pada tahun 2024 adalah 21.656 (10.212 puskesmas dan 11.444 klinik pratama), sehingga FKTP terakreditasi adalah 92,51%.

Sementara target pencapaian FKTP terakreditasi 2024 adalah 100%. Sehingga persentase capaian

terhadap target adalah 92,51%. Telah terjadi peningkatan persentase capaian yang sebelumnya adalah 68,69% pada TA 2023. Penambahan jumlah FKTP terakreditasi terbesar adalah klinik pratama terakreditasi yang sebelumnya 8.668 klinik menjadi 10.012 klinik.

Capaian FKTP Terakreditasi telah mengalami percepatan pada TW IV 2024 dalam rangka meningkatkan akses pelayanan yang bermutu secara menyeluruh, terutama di puskesmas pada wilayah DTPK. Percepatan ini juga dilaksanakan

dalam rangka memulai ataupun melanjutkan kerja sama antara FKTP dengan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan akses dan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Hal demikian dikarenakan FKTP wajib memiliki sertifikat akreditasi untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Analisis capaian kinerja semester II 2024 dibandingkan dengan capaian beberapa tahun terakhir serta target jangka menengah Renstra

Kementerian Kesehatan Periode 2020–2024 adalah target pada indikator kinerja FKTP terakreditasi pada tahun 2024 adalah sebesar 100%. Yaitu 21.656 FKTP yang terdiri atas puskesmas dan klinik pratama. Capaian indikator persentase FKTP perakreditasi pada Semester II tahun 2024 adalah 20.033 FKTP dari 21.656 FKTP atau 92,51% (belum tercapai). Capaian FKTP terakreditasi merupakan capaian yang didapat dari hasil percepatan survei akreditasi FKTP di Indonesia.

**Grafik 3.20**  
Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi dengan FKTP Sesuai Standar (Target dan Capaian Tahun 2020–2024)

| Judul indikator                | 2020   |         | 2021   |         | 2022   |         | 2023   |         | capaian |
|--------------------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|---------|
|                                | Target | Capaian | Target | Capaian | Target | Capaian | Target | Capaian |         |
| Persentase FKTP sesuai standar | 46     | 56,4    | 60     | 56,4    |        |         |        |         |         |
| Persentase FKTP terakreditasi  |        |         |        |         | 80     | 56,4    | 68,69  | 100     | 92,51   |

Merujuk pada tabel di atas, telah terjadi peralihan dari indikator Kinerja Program FKTP sesuai standar menjadi persentase FKTP terakreditasi, target capaian tetap disusun meningkat setiap tahunnya. Sedangkan secara capaian, sejak tahun 2020, masih berada pada angka 56,4%, kemudian menjadi 92,51% pada semester II (TW IV) tahun 2024. Hal ini dikarenakan pada tahun 2020 telah terjadi pandemi COVID-19 yang menyebabkan penundaan/penghentian sementara semua kegiatan terkait akreditasi seluruh fasyankes termasuk puskesmas dan klinik pratama. Kemudian, terjadi percepatan akreditasi FKTP yang berlangsung hingga 2024.

Adapun analisis capaian kinerja dibandingkan dengan tahun 2024 serta beberapa tahun terakhir didukung dengan adanya:

1. Penyempurnaan aplikasi mutu fasyankes sebagai sarana pelaporan mutu dan
2. 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 dan klinik pratama dalam memberikan pelayanan di masa pandemi COVID-19 yang harus memperhatikan protokol kesehatan serta mengetahui masalah dan hambatan puskesmas dan klinik pratama dalam melakukan pelayanan esensial di masa pandemi COVID-19.
3. Kegiatan pertemuan koordinasi dilakukan dalam rangka memperoleh dukungan sekaligus



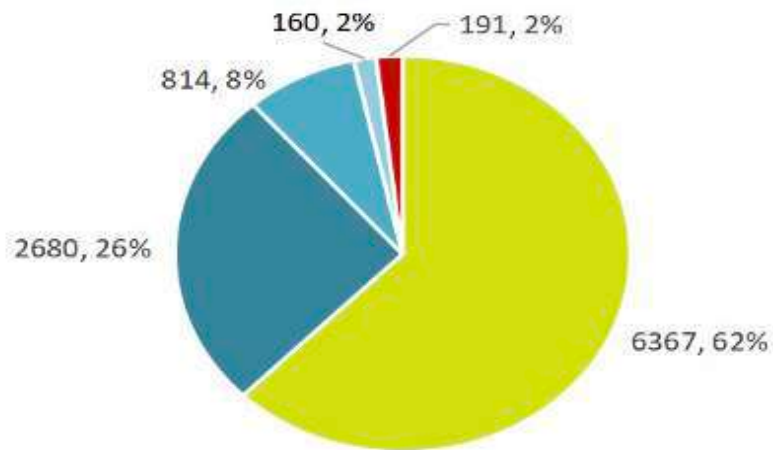
penguatan peran dari stakeholder terkait meliputi dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, FKTP, organisasi profesi, dan swasta. Hal ini dilakukan karena akreditasi fasyankes termasuk dalam program prioritas nasional yang tercantum sebagai indikator renstra dan RPJMN sehingga dalam

pencapaian targetnya perlu kerja sama dengan stakeholder terkait.

Kemudian, dalam mendukung pencapaian indikator sasaran strategis (ISS) maupun indikator kinerja program (IKP) FKTP terakreditasi, terdapat capaian indikator kinerja kegiatan (IKK) yakni persentase puskesmas yang terakreditasi sejumlah 10.021 puskesmas, didominasi oleh status kelulusan utama dan paripurna, dengan rincian paripurna 6.367 (62,3%), 2.680 utama (26,2%), 814 madya (8%), dan 160 dasar (1,6%), serta 191 (1,9%) dalam

**Grafik 3.48**

Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas

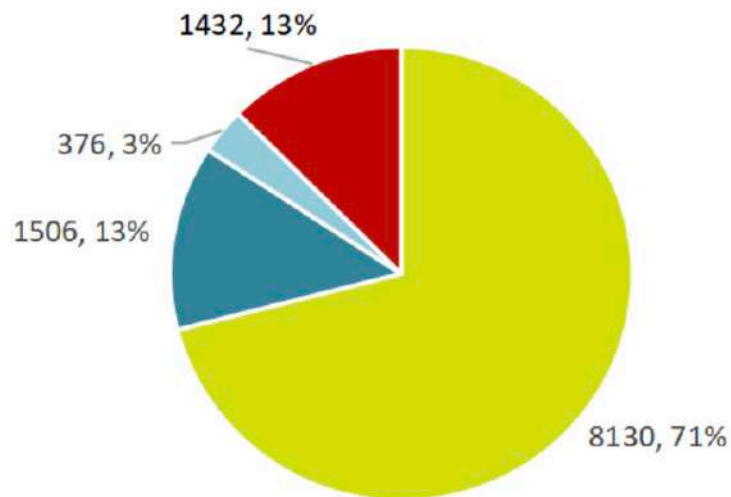


Adapun capaian persentase klinik pratama terakreditasi sebesar 10.012 klinik (87%) terakreditasi didominasi oleh status kelulusan utama dan paripurna, dengan rincian paripurna

8.130 (71%), 1.506 utama (13%), dan 376 madya (3%), serta 1.432 (13%) dalam proses validasi penilaian dan penerbitan sertifikat akreditasi. Tergambarkan dalam grafik di bawah ini:

**Grafik 3.49**

Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Klinik Pratama



Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target:

### 1. Klinik Pratama

- a. Koordinasi dengan dinkes provinsi melaksanakan lokakarya persiapan akreditasi dan peningkatan mutu klinik dengan dana dekonsentrasi.
- b. Koordinasi dengan dinkes kabupaten/kota melaksanakan pembinaan teknis mutu klinik dengan DAK Non Fisik.
- c. Melaksanakan pembinaan, pengawasan, monitoring dan evaluasi peningkatan mutu.
- d. Koordinasi dengan dinkes dan asosiasi klinik untuk desk percepatan akreditasi klinik.

### 2. Puskesmas

- a. Penambahan jumlah surveyor akreditasi FKTP.
- b. Penetapan kurikulum, modul pelatihan dan TOT pelatihan surveyor bagi calon surveyor puskesmas.
- c. Bimbingan teknis akreditasi puskesmas kepada dinas kesehatan dan puskesmas.
- d. Penyelenggaraan survei oleh lembaga. Percepatan penyelenggaraan survei oleh lembaga melalui bimbingan ke Lembaga Penyelenggara Akreditasi.
- e. Pengembangan sistem informasi akreditasi. Pelaksanaan akreditasi harus didukung dengan sistem informasi akreditasi berbasis website dengan tujuan agar pelaksanaan akreditasi berjalan dengan efektif dan efisien. Setelah dilakukan pengembangan maka disusun petunjuk teknis sistem informasi sebagai panduan bagi setiap user untuk menggunakan sistem informasi tersebut. Kegiatan dilakukan secara daring maupun luring dengan bekerjasama dengan Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen

Yankes. Sistem informasi akreditasi yang dikembangkan terintegrasi dengan sistem informasi registrasi fasilitas pelayanan kesehatan, ASPAK, SISDMK dan sistem informasi mutu fasyankes.

- f. Dukungan akreditasi puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus dan Dekonsentrasi. Kegiatan yang dilakukan dalam mendukung penilaian akreditasi yaitu dukungan alokasi anggaran untuk survei serta pemantauan mutu bagi puskesmas melalui DAK Non Fisik. Penguatan pembinaan TPCB maka dengan dana dekonsentrasi tersedia menu penguatan mutu tim TPCB sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- g. Pembinaan Penyelenggaraan mutu dan akreditasi di FKTP. Kegiatan pembinaan penyelenggara akreditasi di FKTP dilakukan di beberapa wilayah untuk mengetahui gambaran komitmen peningkatan mutu Puskesmas serta persiapan penilaian akreditasi yang dilakukan oleh Puskesmas. Kegiatan dilakukan dengan melakukan focus group discussion, pemaparan materi serta telusur terhadap fasilitas.

Dalam pelaksanaan kegiatan ditemukan faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian target akreditasi FKTP. Faktor penghambat pencapaian target adalah:

### 1. Klinik Pratama

- a. Pelaksanaan registrasi klinik belum optimal. Sehingga masih ada klinik yang terkendala dengan nomor registrasi tidak memiliki nomor register (kode fasyankes). Menyebabkan kesulitan dalam mendaftar survei melalui aplikasi DFO, mengakses pelaporan INM, ASPAK dan SISDMK. Pelaporan pada aplikasi-aplikasi tersebut menjadi persyaratan akreditasi FKTP.
- b. Kurangnya motivasi untuk terakreditasi pada klinik yang tidak bekerja sama dengan

BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan tidak ada konsekuensi lain/punishment bagi klinik jika tidak terakreditasi selain diputus kontrak oleh BPJS Kesehatan.

- c. Bagi klinik yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan namun kapitasi masih rendah dan tidak memiliki anggaran untuk survei akreditasi.
- d. Bagi klinik swasta, komitmen dan dukungan pemilik klinik untuk pemenuhan standar akreditasi masih rendah.
- e. Kendala pada jaringan internet di beberapa daerah sehingga mempengaruhi pemanfaatan aplikasi terkait akreditasi klinik pratama di daerah tersebut.
- f. Sebagian besar klinik pratama masih mengalami kendala proses dalam sistem informasi (INM, IKP, SISDMK, ASPAK, DFO).
- g. Pemenuhan sarana prasarana sebagai syarat akreditasi dirasakan cukup berat oleh klinik swasta.
- h. Belum ada kebijakan yang mengatur sanksi dan konsekuensi bagi klinik yang tidak melakukan akreditasi.

## 2. Puskesmas

- a. Keterbatasan anggaran pada Puskesmas yang tidak mendapatkan anggaran DAK Non Fisik.
- b. Kesiapan puskesmas (SDM, Infrastruktur dan pemahaman tentang standar) untuk disurvei masih kurang sehingga menunda pelaksanaan survei.
- c. Letak geografis puskesmas berada di wilayah rawan bencana, akses yang sulit, ataupun tidak aman (rawan konflik).
- d. Terkendalanya jaringan internet untuk

proses pelaksanaan survei akreditasi tahap daring.

Faktor pendukung pencapaian target adalah:

- 1. Adanya lebih dari satu lembaga memperluas cakupan akreditasi FKTP sehingga permintaan akreditasi FKTP dapat terpenuhi.
- 2. Adanya kewajiban terakreditasi bagi puskesmas dan klinik untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- 3. Adanya sistem informasi akreditasi sehingga pelaksanaan dapat berjalan lebih efektif dan efisien.
- 4. Adanya dana DAK Non Fiskal dan dekonsentrasi untuk mendukung upaya mutu dan akreditasi termasuk pelaksanaan survei akreditasi bagi puskesmas.

Untuk mengatasi faktor penghambat pencapaian maka diusulkan beberapa alternatif solusi sebagai berikut:

- 1. Koordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri untuk percepatan pelaksanaan akreditasi puskesmas.
- 2. Percepatan penyelenggaraan akreditasi dengan LPA bersama Tim Pembinaan dan Pengawasan Kemenkes yang ditujukan untuk mengatasi kendala-kendala yang dialami oleh LPA dalam penyelenggaraan akreditasi.
- 3. Koordinasi lintas program bersama DTO dan pusdatin untuk pengembangan aplikasi berdasarkan umpan balik keluhan dari klinik.
- 4. Mendorong dinas kesehatan kabupaten/kota mengadvokasi klinik-klinik di wilayahnya untuk melakukan akreditasi walaupun tidak ada konsekuensi/sanksi. Serta meningkatkan komitmen pemilik klinik terkait akreditasi klinik. Advokasi dilakukan dengan desk one on one dengan dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota untuk mendorong pencapaian akreditasi klinik.

5.

Pemantauan akreditasi dengan dinas kesehatan secara daring maupun luring untuk mengetahui progres akreditasi yang dilakukan oleh pemerintah daerah. Dilakukan secara rutin dengan provinsi setiap bulan untuk mengevaluasi pelaksanaan akreditasi.
6.

Relaksasi bagi persyaratan mutlak pengajuan akreditasi FKTP seperti persyaratan pelaporan INM dan IKP ditujukan untuk mempermudah FKTP yang akan mendaftar akreditasi.
7.

Pemerataan distribusi surveyor akreditasi FKTP sehingga tidak terkumpul hanya di Pulau

3.3.2 Persentase Klinik Pratama dan Praktek Mandiri Dokter yang Melakukan Pelayanan Program Prioritas

Definisi operasional indikator yakni persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang telah melakukan jejaring dengan puskesmas dan melakukan pelayanan program prioritas nasional (tuberkulosis, hipertensi dan diabetes melitus). Klinik pratama dan praktik mandiri dokter adalah yang telah bekerja sama dengan BPJS sampai Desember 2021.

Cara perhitungan indikator adalah jumlah klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang bekerja sama dengan BPJS dan berjejaring dengan puskesmas yang telah melakukan pelayanan tuberkulosis, hipertensi dan diabetes melitus dibagi jumlah seluruh klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang bekerja sama dengan BPJS dikali 100

persen.

Adanya perubahan struktur dan organisasi tata kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan sesuai dengan Permenkes Nomor 5 Tahun 2022 menyebabkan terjadinya perubahan indikator pada unit teknis sejalan dengan terbitnya Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020–2024. Salah satu indikator yang baru ditetapkan pada tahun 2022 adalah persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas. Target indikator sampai dengan tahun 2024 sebesar 80% dengan pertimbangan masih terdapat perbedaan kapasitas antar FKTP. Di samping itu, pada saat target ditetapkan, belum

Tabel 3.21  
Target dan Realisasi Indikator Persentase Klinik Pratama Dan Praktik Mandiri Dokter Yang Melakukan Pelayanan Program Prioritas Tahun 2024

| Indikator Kinerja                                                                               | Realisasi Kinerja |           |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|-------------|
|                                                                                                 | Target            | Realisasi | Capaian (&) |
| Persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas | 80 %              | 94,43 %   | 118,04%     |

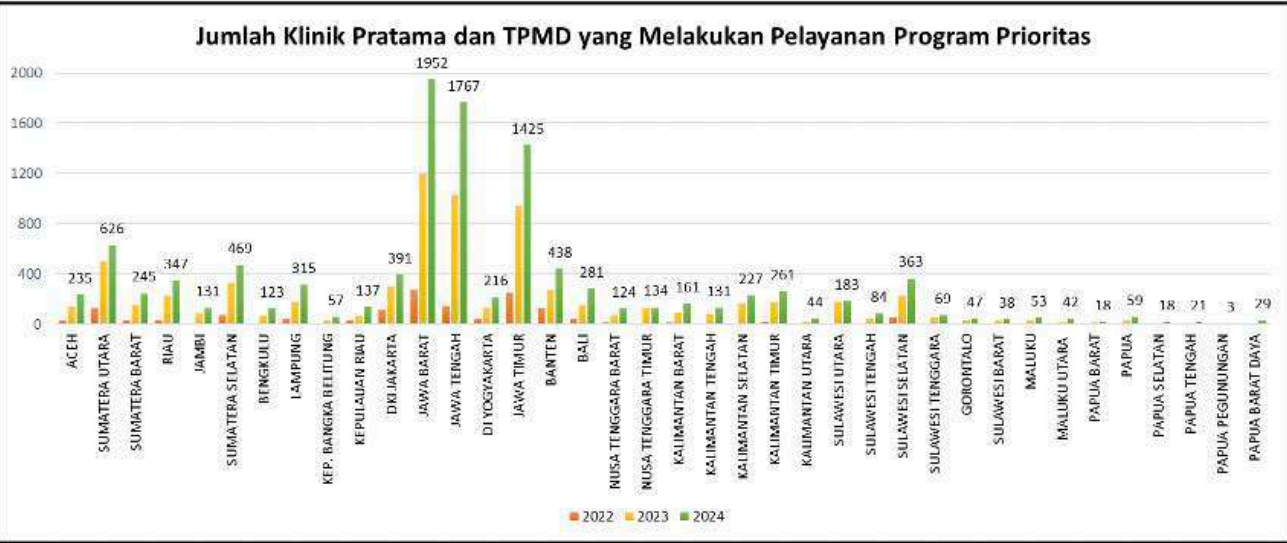
Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan terkait data kunjungan tuberkulosis, hipertensi, dan diabetes melitus di FKTP terdapat 7.331 klinik pratama dan 3.933 praktik mandiri dokter yang telah melakukan jejaring dengan puskesmas melakukan pelayanan program prioritas, yakni tuberkulosis, hipertensi, dan diabetes melitus. Baseline yang digunakan adalah jumlah klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan per Desember 2021 masing-masing sebesar 11.928 klinik pratama dan praktik mandiri dokter. Perhitungan realisasi indikator dilakukan dengan cara membagi total 11.264 klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang telah melaksanakan pelayanan program prioritas dengan 11.928 klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang bekerja sama dengan

BPJS Kesehatan sehingga diperoleh realisasi indikator tahun 2024 sebesar 94,43%.

Target kumulatif yang harus dicapai di tahun 2024 adalah 9.545 klinik pratama dan praktik mandiri dokter atau sebesar 80%. Berdasarkan hal tersebut maka persentase capaian kinerja terhadap target tahun 2024 sebesar 118,04%. Jika dibandingkan dengan data capaian tahun 2022 dan 2023, terdapat peningkatan jumlah capaian klinik dan praktik mandiri dokter yang melakukan jejaring dengan puskesmas dan melakukan pelayanan program prioritas nasional pada tahun 2024. Sesuai dengan Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 indikator ini baru ditetapkan pada tahun 2022 sehingga tidak dapat dibandingkan dengan target maupun capaian di tahun 2020 dan 2021.



**Grafik 3.50**  
Jumlah Klinik Pratama dan TPMD yang Melakukan Layanan Program Prioritas per Provinsi di Tahun 2022–2024



Pencapaian target kinerja pada tahun 2024 ini menunjukkan bahwa upaya dan program kerja yang dilaksanakan untuk mendukung pencapaian indikator telah sesuai dan berjalan secara on track. Hal ini juga didukung oleh kebijakan yang mendorong keterlibatan klinik pratama dan praktik mandiri dokter dalam melakukan pelayanan program prioritas. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan serta PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memuat bahwa dalam menyelenggarakan pelayanan Kesehatan.

Pencapaian target kinerja pada tahun 2024 ini menunjukkan bahwa upaya dan program kerja yang dilaksanakan untuk mendukung pencapaian indikator telah sesuai dan berjalan secara on track. Hal ini juga didukung oleh kebijakan yang mendorong keterlibatan klinik pratama dan praktik mandiri dokter dalam melakukan pelayanan program prioritas. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan serta PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memuat bahwa dalam menyelenggarakan pelayanan Kesehatan dapat dilakukan integrasi pelayanan antar-Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk mendukung pelaksanaan program pemerintah. Di samping

itu, spesifik untuk program TB, terdapat SE Dirjen P2P tentang Pelibatan Seluruh Fasyankes dalam Program TB dan Penguatan Implementasi Jejaring Layanan TB di Indonesia. Kebijakan lain yang mendukung adalah Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program JKN, disebutkan bahwa salah satu kriteria penentuan besaran tarif kapitasi FKTP adalah komitmen pelayanan yang salah satunya berdasarkan pelayanan promotif dan preventif termasuk pelaksanaan Prolanis mencakup penyakit Hipertensi dan DM. Kementerian Kesehatan (Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Bersama lintas program terkait) baik secara langsung maupun secara berjenjang melalui Dinas kesehatan telah melakukan sosialisasi dan advokasi kepada Puskesmas selaku pembina wilayah kerja untuk berkolaborasi bersama klinik pratama dan praktik mandiri dokter dalam pemberian layanan. Selain itu telah dialokasikan dukungan DAK Non Fisik kepada dinas kesehatan kabupaten/kota maupun puskesmas mulai tahun 2024. Hal ini diharapkan dapat mendukung terlaksananya kolaborasi FKTP dalam melakukan pelayanan program prioritas.

**Tabel 3.22**  
Distribusi Jumlah Klinik Pratama dan Praktik Mandiri Dokter yang Telah Melakukan Jejaring dengan Puskesmas dan Melakukan Pelayanan Program Prioritas Nasional

| No | Provinsi             | Jumlah Klinik Pratama dan TPMD |      |      |
|----|----------------------|--------------------------------|------|------|
|    |                      | 2022                           | 2023 | 2024 |
| 1  | Aceh                 | 29                             | 137  | 235  |
| 2  | Sumatera Utara       | 130                            | 499  | 626  |
| 3  | Sumatera Barat       | 30                             | 154  | 245  |
| 4  | Riau                 | 33                             | 223  | 347  |
| 5  | Jambi                | 4                              | 88   | 131  |
| 6  | Sumatera Selatan     | 69                             | 326  | 469  |
| 7  | Bengkulu             | 1                              | 67   | 123  |
| 8  | Lampung              | 42                             | 177  | 315  |
| 9  | Kep. Bangka Belitung | 4                              | 32   | 57   |
| 10 | Kepulauan Riau       | 30                             | 65   | 137  |
| 11 | DKI Jakarta          | 114                            | 301  | 391  |
| 12 | Jawa Barat           | 271                            | 1193 | 1952 |
| 13 | Jawa Tengah          | 144                            | 1031 | 1767 |
| 14 | DI Yogyakarta        | 42                             | 131  | 216  |
| 15 | Jawa Timur           | 248                            | 940  | 1425 |
| 16 | Banten               | 124                            | 269  | 438  |
| 17 | Bali                 | 36                             | 154  | 281  |
| 18 | Nusa Tenggara Barat  | 12                             | 70   | 124  |
| 19 | Nusa Tenggara Timur  | 3                              | 129  | 134  |
| 20 | Kalimantan Barat     | 12                             | 93   | 161  |
| 21 | Kalimantan Tengah    | 2                              | 76   | 131  |
| 22 | Kalimantan Selatan   | 4                              | 162  | 227  |
| 23 | Kalimantan Timur     | 21                             | 179  | 261  |
| 24 | Kalimantan Utara     | 0                              | 22   | 44   |
| 25 | Sulawesi Utara       | 5                              | 178  | 183  |
| 26 | Sulawesi Tengah      | 2                              | 49   | 84   |
| 27 | Sulawesi Selatan     | 55                             | 226  | 363  |
| 28 | Sulawesi Tenggara    | 1                              | 51   | 69   |
| 29 | Gorontalo            | 2                              | 30   | 47   |

| No    | Provinsi         | Jumlah Klinik Pratama dan TPMD |      |       |
|-------|------------------|--------------------------------|------|-------|
|       |                  | 2022                           | 2023 | 2024  |
| 30    | Sulawesi Barat   | 0                              | 26   | 38    |
| 31    | Maluku           | 1                              | 34   | 53    |
| 32    | Maluku Utara     | 0                              | 15   | 42    |
| 33    | Papua Barat      | 0                              | 13   | 18    |
| 34    | Papua            | 3                              | 33   | 59    |
| 35    | Papua Selatan    | 0                              | 0    | 18    |
| 36    | Papua Tengah     | 0                              | 0    | 21    |
| 37    | Papua Pegunungan | 0                              | 0    | 3     |
| 38    | Papua Barat Daya | 0                              | 0    | 29    |
| TOTAL |                  | 1474                           | 7173 | 11264 |

Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian target, yaitu:

**1. Koordinasi Teknis antara Pusat dan Daerah terkait Pelaksanaan Integrasi Pelayanan Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP Lain**

Kebijakan terkait integrasi pelayanan kesehatan di FKTP telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor 8461 Tahun 2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Integrasi Pelayanan Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Lain dalam Pelaksanaan Program Prioritas. Pedoman tersebut menjadi acuan semua pihak dalam melakukan integrasi dan kolaborasi pelayanan di FKTP. Sebagai tindak lanjut pascaimplementasi pedoman, diperlukan koordinasi teknis antara pusat dan daerah terkait pelaksanaan integrasi pelayanan program prioritas di puskesmas dengan pelibatan FKTP lain. Guna memperkuat implementasi integrasi pelayanan program prioritas di FKTP khususnya bagi pelaksana di daerah.

Kegiatan ini dilaksanakan dua kali secara luring dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait, dinas kesehatan provinsi, perwakilan dinas kesehatan kabupaten/kota, puskesmas dan klinik pratama serta TPMD terpilih. Rangkaian kegiatan terdiri dari penyampaian materi terkait integrasi pelayanan prioritas di puskesmas dengan FKTP lain, sharing praktik baik pelaksanaan integrasi di lokus implementasi, sinkronisasi data capaian puskesmas yang melakukan integrasi, serta penyusunan RTL untuk optimalisasi pelaksanaan integrasi.

**2. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Integrasi Pelayanan Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP Lain**

Integrasi dan kolaborasi pelayanan kesehatan di FKTP diperlukan dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas secara komprehensif mulai dari promosi kesehatan, pencegahan penyakit, diagnosis, pengobatan, dan penatalaksanaan penyakit, rehabilitasi, dan perawatan paliatif. Integrasi dan kolaborasi

tersebut termasuk untuk pengendalian 14 jenis penyakit penyebab kematian tertinggi pada setiap kelompok usia sesuai dengan pendekatan siklus hidup. Jenis penyakit tersebut yaitu hipotiroid, thalasemia, anemia, stroke, penyakit jantung iskemik, hipertensi, PPOK, tuberkulosis, hepatitis, diabetes, kanker serviks, kanker payudara, kanker paru, kanker usus. Dalam upaya menurunkan angka kesakitan, angka kematian, biaya pelayanan, serta meningkatkan produktivitas dan kualitas hidup masyarakat. Untuk mewujudkan integrasi pelayanan kesehatan di FKTP, telah ditetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor 8461 Tahun 2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Integrasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dengan FKTP lain dalam Pelaksanaan Program Prioritas. Pedoman tersebut menjadi acuan dalam mengimplementasikan integrasi serta melaksanakan pembinaan dan pengawasan, yang salah satunya dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi. Dalam pedoman tersebut belum dijelaskan secara lengkap terkait pelaksanaan monitoring dan evaluasi sehingga diperlukan pedoman monitoring dan evaluasi secara komprehensif.

Proses penyusunan pedoman dilaksanakan secara daring dan luring dengan melibatkan pakar, akademisi, lintas program dan lintas sektor, serta peserta daerah (dinkes provinsi, dinkes kabupaten/kota, puskesmas, klinik pratama, TPMD). Saat ini pedoman masih dalam proses finalisasi akhir secara internal dan bulan Januari 2025 ditargetkan untuk segera disosialisasikan.

**3. Pemantauan Kesesuaian dan Evaluasi Pelaksanaan Integrasi Pelayanan Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP Lain**

Dalam rangka mewujudkan integrasi pelayanan kesehatan di FKTP, telah ditetapkan regulasi dalam bentuk Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor 8461 Tahun 2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Integrasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dengan FKTP lain dalam Pelaksanaan Program Prioritas. Pedoman tersebut menjadi acuan bagi Puskesmas dan FKTP lain dalam

mengimplementasikan integrasi pelayanan kesehatan dalam mendukung pencapaian target kinerja puskesmas dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Pemantauan dan evaluasi diperlukan untuk melihat kesesuaian pelaksanaan dengan tujuan dan sasaran integrasi pelayanan program prioritas di FKTP serta dalam rangka mendukung tercapainya target-target kinerja, indikator program prioritas nasional dan daerah.

Kegiatan pemantauan telah dilaksanakan di 18 lokus kabupaten/kota, yaitu Kab. Asahan, Kab. Bukit Tinggi, Kota Bengkulu, Kab. Rejang Lebong, Kota Bandar Lampung, Kab. Surakarta, Kota Yogyakarta, Kab. Sidoarjo, Kota Tangerang Selatan, Kab. Klungkung, Kab. Lombok Timur, Kota Kupang, Kota Singkawang, Kab. Kapuas, Kota Balikpapan, Kab. Maros, Kota Ternate, dan Kota Sorong. Output yang diperoleh adalah laporan pemantauan yang memuat informasi terkait tantangan dan hambatan dalam pelaksanaan integrasi pelayanan program prioritas, meningkatkan komitmen stakeholder yang terlibat, melakukan percepatan capaian indikator kinerja, dan memberikan umpan balik terhadap implementasi integrasi pelayanan program prioritas yang telah berjalan.

#### **4. Pedoman Pelayanan Rujuk Balik di FKTP**

Data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menunjukkan pada tahun 2022 terdapat total 2.841.471 peserta dengan diagnosis program rujuk balik (PRB) di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, akan tetapi hanya 312.016 (11%) peserta yang dirujuk balik. Hal yang serupa juga terpantau pada tahun 2023 di mana terdapat total 3.508.357 peserta dengan diagnosis PRB di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan hanya 334.083 (10%) peserta yang dilakukan rujuk balik. Selain itu data BPJS Kesehatan juga menunjukkan dari total pasien yang dirujuk balik tersebut hingga tahun 2024 hanya 60,68% yang terpantau aktif melanjutkan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Berdasarkan hasil analisis Kementerian Kesehatan melalui pengolahan data, focus group discussion, wawancara mendalam pada para pakar dan pelaksana di tingkat

puskesmas, dinas kesehatan, dan rumah sakit, diidentifikasi beberapa permasalahan dalam pelaksanaan rujuk balik yang dikelompokkan menjadi permasalahan di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Permasalahan di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah ketersediaan obat dan alat kesehatan serta belum tersedia sistem informasi yang mendukung koordinasi antara fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, dan apotek. Obat program rujuk balik hanya dapat disediakan apotek dan ruang farmasi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Data BPJS Kesehatan menunjukkan sampai dengan Desember 2023 baru terdapat 1.789 apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, di mana 266 di antaranya merupakan ruang farmasi puskesmas, sehingga pelayanan obat program rujuk balik belum tersedia di seluruh kecamatan.

Di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, permasalahan yang diidentifikasi yaitu belum tersedianya pedoman rujuk balik yang memuat kriteria kondisi stabil untuk semua penyakit, target kunjungan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang memengaruhi take home pay, serta keengganan pasien untuk dirujuk balik ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Penetapan kriteria stabil menjadi penting sebagai acuan tenaga medis di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut untuk merujuk balik pasien yang telah selesai ditangani dan masih membutuhkan perawatan lanjutan. Merujuk pada hasil identifikasi masalah tersebut di atas, dibutuhkan pedoman pelayanan rujuk balik yang komprehensif memuat kriteria stabil sebagai acuan DPJP di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dalam melakukan rujuk balik baik untuk penyakit kronis secara umum maupun kriteria rujuk balik penyakit program rujuk balik, tata laksana di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk optimalnya pengelolaan pasien yang dirujuk balik serta tata kelola dalam pemastian pemenuhan sumber daya, khususnya obat program rujuk balik.

Proses penyusunan pedoman dilaksanakan secara daring dan luring dengan melibatkan



lintas program dan lintas sektor terkait, pakar kolegium, serta perwakilan daerah (dinkes provinsi dan kabupaten/kota). Pedoman Pelayanan Rujuk Balik di FKTP telah ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1645/2024 tentang Rujuk Balik Penyakit Kronis ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama pada tanggal 14 Oktober 2024.

#### 5. Koordinasi Teknis antara Pusat dan Daerah terkait Penerapan Pedoman Rujuk Balik di FKTP

Menteri Kesehatan telah menetapkan Keputusan Menteri Nomor HK.01.07/MENKES/1645/2024 Tentang Rujuk Balik Penyakit Kronis Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama pada 14 Oktober 2024. Setelah ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan tersebut, diperlukan Koordinasi Teknis antara Pusat dan Daerah terkait Penerapan Pedoman Pelayanan Rujuk Balik di FKTP untuk memastikan kesesuaian dalam penerapan pedoman di tingkat daerah. Kegiatan ini dilaksanakan 1 (satu) kali secara luring dalam rangka sosialisasi kebijakan Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/1645/2024 tentang Rujuk Balik Penyakit Kronis ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Penyampaian teknis pelaksanaan rujuk balik penyakit kronis ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh pakar, serta mendapatkan informasi terkait keberhasilan dan hambatan pelaksanaan rujuk balik saat ini sebagai masukan strategi dalam mendukung pengimplementasian pedoman. Peserta yang hadir meliputi dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, BPJS Kesehatan, lintas program Kemenkes, serta pakar praktisi dari perhimpunan dokter spesialis. Hasil rencana tindak lanjut yang telah disepakati bersama akan dipantau agar dapat diimplementasikan sesuai timeline.

#### 6. Koordinasi Teknis Fasilitasi Perizinan dan Registrasi Fasyankes Primer dan Lainnya Sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2021 tentang Perizinan Berusaha Berbasis Risiko, Klinik merupakan salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan dalam bentuk usaha yang

diatur di dalam sistem Online Single Submission (OSS) milik Badan Koordinasi Penanaman Modal (BKPM). Untuk perizinan berusaha Klinik dengan Penanaman Modal dalam Negeri (PMDN), kewenangan pemberian perizinannya ada di bawah tanggung jawab bupati/wali kota melalui pemerintah daerah kabupaten/kota, sedangkan untuk klinik dengan Penanaman Modal Asing (PMA), pemberian perizinannya di bawah tanggung jawab Kementerian Kesehatan. Pemberi izin sesuai kewenangannya memiliki tugas untuk melakukan penilaian kesesuaian Klinik dalam rangka melihat kelengkapan dan kesesuaian pemenuhan standar sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan. Selain klinik, terdapat juga FKTP lain yang membutuhkan pengawasan dan pembinaan dari Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah, yaitu praktik mandiri tenaga kesehatan yang perizinannya melalui Pemerintah Daerah di luar sistem OSS. Kegiatan ini telah dilaksanakan sebanyak tiga kali secara daring dan luring dengan melibatkan idnas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, lintas program Kemenkes, dan lintas program terkait yang terdiri dari BKPM, Bapeten, Asklin, PKFI, dan lain-lain. Rencana tindak lanjut yang disepakati dari Koordinasi Teknis Fasilitas Perizinan dan Registrasi Fasyankes Primer dan lainnya, yaitu melakukan percepatan proses penilaian kesesuaian klinik yang diajukan oleh klinik pratama pendukung (PMA) pada sistem OSS, koordinasi dengan Setditjen Yankes untuk penguatan layanan aplikasi registrasi fasyankes dan mekanisme pencabutan kode registrasi untuk klinik yang sudah tidak operasional, serta menyampaikan update informasi secara berkala terkait implementasi RME kepada dinas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan.

#### 7. Koordinasi Teknis Implementasi Rekam Medis Elektronik di Fasyankes Primer dan Lainnya Rekam Medis Elektronik atau dikenal dengan sebutan RME merupakan salah satu subsistem dari sistem informasi fasilitas pelayanan kesehatan yang terhubung dengan subsistem informasi lainnya. Sehingga rekam medis ini

diharuskan terintegrasi di internal dan antar fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan Melalui Sistem Informasi Kesehatan, penyelenggaraan satu data bidang kesehatan dilaksanakan melalui sistem informasi kesehatan dengan prinsip data yaitu memenuhi standar data, memiliki meta data, memenuhi kaidah interoperabilitas data dan menggunakan kode referensi dan/atau data induk. Sejalan dengan hal tersebut, maka sistem elektronik pada rekam medis elektronik harus mengacu pada variabel dan meta data yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Meta Data pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik.

Mengingat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 disebutkan bahwa seluruh fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan RME sesuai dengan ketentuan dalam peraturan menteri ini paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023. Dalam peraturan yang sama juga disampaikan bahwa fasyankes dapat menggunakan sistem elektronik penyelenggaraan rekam medis elektronik yang bisa dikembangkan sendiri, bekerja sama dengan vendor, atau menggunakan sistem yang disediakan oleh pemerintah. Kementerian Kesehatan saat ini telah mengembangkan SIMGOS KLINIK sebagai salah satu alternatif pilihan sistem elektronik penyelenggaraan rekam medis elektronik yang dapat diterapkan di klinik dan tempat praktik mandiritenaga kesehatan.

Kegiatan ini telah dilaksanakan sebanyak tiga kali secara daring dan luring dengan melibatkan idnas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, lintas program Kemenkes, dan lintas program terkait yang terdiri dari Asklin dan kolegium. Terdapat beberapa hambatan yang diidentifikasi dari daerah dalam implementasi RME, antara lain komitmen dan kebijakan pemilik dan manajemen klinik dan praktik mandiri tenaga medis untuk mendukung penyelenggaraan RME, biaya penyediaan (implementasi dan infrastruktur), pemilihan vendor yang memiliki sistem RME yang memenuhi persyaratan dan membantu

terintegrasi SATUSEHAT, kondisi geografis Klinik dan praktik mandiri tenaga medis dan ketersediaan jaringan internet yang memadai, keterbatasan SDM yang bertanggung jawab mengelola RME dan memelihara sistemnya secara berkala, dan keamanan penyimpanan data pasien. Berdasarkan laporan tersebut maka Kementerian Kesehatan secara rutin akan mendorong komitmen klinik dan praktik mandiri tenaga medis untuk menyelenggarakan RME dan terintegrasi dengan SATUSEHAT sekaligus berkoordinasi dengan lintas kementerian/ lembaga untuk memfasilitasi penyediaan jaringan internet yang memadai secara merata.

## **8. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Perizinan dan Registrasi Klinik**

Sesuai standar usaha klinik, mekanisme pelaksanaan penilaian kesesuaian klinik dilakukan melalui tahap verifikasi administrasi dan verifikasi lapangan. Apabila klinik disetujui persyaratannya maka perizinan berusaha klinik dapat disetujui untuk diterbitkan oleh sistem OSS, sebaliknya bila klinik belum disetujui persyaratannya maka permohonan perizinan berusaha klinik dapat ditolak atau dikembalikan untuk perbaikan persyaratan. Sesuai peraturan yang berlaku, pemerintah dan pemerintah daerah memiliki tugas melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap perizinan dan registrasi FKTP, khususnya klinik. Kenyataan di lapangan, kebanyakan dinas kesehatan mengeluh dengan belum ada acuan yang jelas bagaimana mekanisme/proses pengawasan dan pembinaan terhadap perizinan dan registrasi Klinik ini diterapkan di lapangan, termasuk instrumen evaluasinya. Untuk itu, Kementerian Kesehatan perlu menyusun Pedoman Monitoring dan Evaluasi Perizinan dan Registrasi Klinik. Pedoman itu diharapkan dapat menjadi acuan baik bagi Kementerian Kesehatan sendiri maupun dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dalam menjalankan tugas dan fungsinya memfasilitasi perizinan dan registrasi klinik melalui kegiatan movev. Pembahasan penyusunan pedoman diikuti oleh perwakilan dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, perwakilan klinik, lintas program Kemenkes, dan lintas sektor terkait seperti BKPM, DPMPTSP, dan unit PTSP.

Finalisasi rancangan pedoman ini masih berlangsung sehubungan masih menunggu pengesahan revisi regulasi terkait, yaitu Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko dan Perka BKPM nomor 5 Tahun 2021 tentang Pedoman dan Tata Cara Pengawasan Perizinan Berusaha.

#### 9. Penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Klinik

Pada tahun 2023, Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer telah menyusun pedoman penyelenggaraan klinik dengan fokus unggulan pelayanan medik spesialisik jantung dan pembuluh darah, pelayanan aesthetic medicine, pelayanan kesehatan gigi dan mulut, dan pelayanan medik spesialisik mata. Selanjutnya pada tahun 2024, Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer akan menyusun pedoman penyelenggaraan klinik dengan fokus unggulan kesehatan kerja dan pelayanan rehabilitasi medik. Pedoman penyelenggaraan klinik ini diharapkan akan menjadi acuan bagi klinik dan lintas sektor terkait dalam menyelenggarakan klinik dengan fokus unggulan kesehatan kerja dan pelayanan rehabilitasi medik yang diberikan mempunyai standar yang sesuai dengan keilmuan dan peraturan yang berlaku. Selain itu dengan adanya pedoman ini akan berdampak dalam mendukung upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan peranan klinik dalam mendukung program-program pemerintah akan lebih efektif. Manfaat yang diterima oleh puskesmas adalah menjadi acuan bagaimana menjalankan hubungan kerja yang bersifat pembinaan, koordinasi dan/atau rujukan di bidang upaya kesehatan antara puskesmas dengan klinik sebagai jejaring puskesmas. Selain itu, pedoman ini juga menjadi acuan bagi DPMPTSP sebagai delegasi kewenangan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan perizinan berusaha di daerah, sedangkan bagi Kementerian Kesehatan dan dinas kesehatan daerah adalah sebagai acuan dalam melakukan pembinaan penyelenggaraan klinik secara berjenjang. Output yang diperoleh dari kegiatan ini adalah rancangan 2 NSPK yang terdiri dari Pedoman Fasyankes Pusat Diagnostik dan Pedoman Fasyankes Pusat Radiologi Diagnostik.

Secara umum pedoman pelayanan kesehatan spesialisik di klinik akan digabung menjadi satu pedoman yang lebih komprehensif. Hal ini menyebabkan pembahasan draf pedoman belum bisa selesai sesuai target waktu yang direncanakan. Untuk selanjutnya rancangan ini akan disempurnakan dan ditetapkan sebagai Peraturan Menteri Kesehatan.

#### 10. Pedoman Penyelenggaraan Rumah Perawatan

Terkait keberadaan rumah perawatan yang telah beroperasi di Indonesia, saat ini belum ada pengaturan khusus namun dalam peraturan yang mengatur keperawatan disebutkan bahwa praktik keperawatan dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat lainnya sesuai dengan klien sarasannya. Fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah tempat praktik mandiri perawat, klinik, puskesmas, dan/atau rumah sakit sedangkan tempat lain sesuai dengan klien sarasannya. Meliputi rumah klien, rumah jompo, panti asuhan, panti sosial, perusahaan, sekolah, dan tempat lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Berdasarkan hal tersebut maka keberadaan rumah perawatan harus diberikan pengakuan hukum oleh Kementerian Kesehatan agar perizinan dan penyelenggaraan rumah perawatan dapat tertata dengan baik. Untuk itu perlu dilakukan penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Rumah Perawatan untuk melindungi tenaga perawat dan tenaga kesehatan lainnya sebagai pemberi pelayanan dan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan.

#### 11. Penilaian Kesesuaian Perizinan Berusaha Klinik dalam Kewenangan Pusat

Pelaksanaan perizinan klinik swasta dengan PMA di bawah tanggung jawab pemerintah pusat sehingga Kementerian Kesehatan perlu mengalokasikan anggaran untuk pelaksanaan kegiatan Penilaian Kesesuaian dalam rangka perizinan berusaha klinik PMA sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2021 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021. Mekanisme perizinan berusaha bagi klinik swasta dengan PMA terdiri dari dua tahap, yaitu melalui tahap verifikasi administrasi dan verifikasi lapangan. Kegiatan ini dilakukan

oleh Kementerian Kesehatan apabila ada permohonan klinik swasta dengan PMA yang telah lolos verifikasi administrasi dan perlu ditindaklanjuti dengan melakukan verifikasi lapangan untuk melihat apakah pemenuhan persyaratan Klinik tersebut sudah sesuai dengan dokumen persyaratan yang disusun. Kegiatan ini telah dilaksanakan di delapan lokus, yaitu Kota Bogor, Kota Bandung, Kabupaten Bandung, Kota Depok, Kota Pekanbaru, Kota Surabaya, Kota Semarang, dan Kota Palembang. Berdasarkan laporan dan hasil Penilaian Kesesuaian Perizinan Berusaha Klinik PMA masih ada beberapa klinik yang terlambat menyampaikan umpan balik perbaikan pascaverifikasi lapangan. Hal ini nantinya akan memengaruhi pemrosesan penerbitan perizinan pada aplikasi. Maka dari itu diperlukan dorongan komitmen dari klinik untuk dapat mengikuti alur dan proses perizinan secara konsisten sekaligus follow-up yang intens dari pihak pemerintah daerah maupun Kementerian Kesehatan.

## 12. Pengawasan Implementasi Perizinan dan

Registrasi Fasyankes Primer dan Lainnya  
Dalam pelaksanaan perizinan dan registrasi terhadap klinik dan tempat praktik mandiri tenaga medis/tenaga kesehatan serta fasyankes lainnya, pemerintah pusat dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap seluruh fasyankes primer dan lainnya di wilayah kerjanya secara berjenjang. Berdasarkan hal tersebut maka Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer perlu melaksanakan kegiatan pengawasan implementasi perizinan dan registrasi fasyankes primer dan lainnya. Kegiatan ini meliputi pengawasan rutin atau pengawasan insidental sesuai kebutuhan dan peraturan yang berlaku melakukan upaya pembinaan terhadap dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota untuk meningkatkan perannya secara aktif mendorong seluruh klinik dan tempat praktik mandiri tenaga medis/tenaga kesehatan serta fasyankes lainnya agar segera mengurus perizinannya dan memastikan bahwa semua fasyankes primer dan lainnya yang sudah berizin

di wilayah kerjanya agar melakukan registrasi sesuai ketentuan yang berlaku dan wajib melaksanakan mutu layanan.

Pelaksanaan kegiatan melibatkan pelaku usaha pemilik klinik yang menjadi sasaran pengawasan perizinan berusaha tahun 2024, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, dan BKPM. Pengawasan implementasi perizinan dan registrasi fasyankes primer dan lainnya dilaksanakan di 11 lokus, antara lain Kota Jakarta Pusat, Kota Jakarta Selatan, Kota Jakarta Utara, Kabupaten Bandung, Kota Denpasar, Kota Pekanbaru, Kota Surabaya, Kota Bandar Lampung, Kabupaten Tangerang, Kota Bekasi, dan Kota Semarang.

Faktor-faktor yang mendukung pencapaian target adalah:

1. Perencanaan kegiatan yang baik, termasuk dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait.
2. Komitmen dari para pemangku kebijakan di pemerintah pusat dan pemerintah daerah.
3. Adanya skema pembiayaan kegiatan melalui APBN (dekonsentrasi) dan DAK Non Fisik.
4. Tersedianya sumber daya manusia yang kompeten dalam melaksanakan kegiatan sesuai tugas dan fungsinya.
5. Koordinasi yang baik dalam rangka menciptakan suasana kerja yang kondusif.

Beberapa hal yang menjadi tantangan terhadap pencapaian target antara lain:

1. Terdapat klinik dan praktik mandiri dokter yang masih terhambat dalam proses registrasi dan perizinan sehingga data pelaporan yang diinput belum lengkap.
2. Kurang komitmen daerah dalam pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan di FKTP.
3. Dukungan anggaran untuk implementasi

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

1. Mendorong dinas kesehatan untuk mewajibkan seluruh FKTP di wilayah masing-masing memiliki izin dan teregistrasi sesuai ketentuan.

2. Melakukan pembinaan secara berkala kepada dinas kesehatan (provinsi dan kabupaten/kota) terkait implementasi regulasi integrasi pelayanan program prioritas di Puskesmas
- dengan klinik pratama dan TPMD.

3. Penjajakan pembiayaan melalui DAK Non Fisik dan DAU TA 2025.

4. Berkoordinasi dengan lintas program terkait sistem informasi pelaporan dan memperoleh update data capaian indikator.

3.4. Sasaran Strategis 4: Terpenuhinya Sarana Prasarana, Alat Kesehatan, Obat, Dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) Pelayanan

Adapun uraian target IKU pada Sasaran Strategis 3 sebagai berikut:

**Tabel 3.23**  
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 4: Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan

| Indikator Kinerja                                                                                          | Realisasi Kinerja |              |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|------------------|
|                                                                                                            | Target 2024       | Capaian 2024 | % Realisasi 2024 |
| Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar | 100               | 97,12        | 97,12%           |

3.4.1 Persentase Fasyankes Rujukan Milik Pemerintah yang Memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar

- Perubahan UUD 1945 Pasal 28 Bagian H ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kemudian Pasal 34 ayat (3), bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 19 menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien dan terjangkau. Di dalam pedoman survei akreditasi rumah sakit tercantum bahwa Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan minimal 60% dari standar yang ditetapkan dan dimasukkan pada Aplikasi Sarana, Prasarana Dan Alat Kesehatan (ASPAK).
- Definisi operasional indikator adalah persentase rumah sakit dan laboratorium kesehatan pemerintah yang sudah memiliki izin operasional yang memiliki SPA sesuai standar. Cara perhitungan indikator yakni

1. Jumlah Rumah Sakit Milik Pemerintah yang memiliki SPA minimal 60% kelengkapan ASPAK dibagi jumlah Total Rumah Sakit Milik Pemerintah dikali 100%.

2. Jumlah Laboratorium Milik Pemerintah yang memiliki SPA sesuai standar dibagi jumlah total Laboratorium Milik Pemerintah dikali 100%.

3. Persentase Rumah Sakit Milik Pemerintah yang memiliki SPA minimal 60% kelengkapan ASPAK ditambah persentase Laboratorium Milik Pemerintah yang memiliki SPA sesuai standar
- 264
- Laporan Kinerja 2024

Sampai dengan Desember 2024 capaian indikator persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar sebesar 97,12% yang terdiri dari 94,24% capaian untuk rumah sakit yaitu dari 747 rumah sakit milik pemerintah yang telah memiliki SPA di atas 60% sebanyak 704 rumah sakit. Dan capaian untuk laboratorium kesehatan sebesar 100%, dari 259 laboratorium kesehatan tersebut terdapat 259 laboratorium kesehatan yang memiliki SPA sesuai standar. Data ini di ambil dari data ASPAK per Desember 2024.

Persentase kelengkapan SPA dihitung berdasarkan kelengkapan masing-masing komponen dengan kumulatif proporsi yaitu 50% untuk sarana, 20% untuk prasarana dan 30% untuk alat. Dalam pentahapan *update* data Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan di ASPAK juga dilakukan proses validasi oleh dinas kesehatan untuk melihat kesesuaian data SPA di ASPAK dengan yang ada di lapangan. Validasi dilakukan dengan cara membandingkan kesesuaian kondisi data Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan di ASPAK dengan kondisi yang sesuai di RS yang bersangkutan. Validasi untuk RS Kelas D dan C, dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Validasi untuk RS Kelas B dilakukan oleh dinas kesehatan provinsi, sedangkan untuk Validasi RS Kelas A dilakukan oleh Kementerian Kesehatan. Validasi dilakukan secara periodik paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun dan bila diperlukan sesuai kebutuhan, misalnya untuk pengajuan perizinan, akreditasi, dan lain-lain. Kendala saat ini bahwa hingga akhir tahun 2024, belum semua dinas kesehatan melakukan validasi data SPA tersebut.

Komponen yang menyebabkan capaian indikator persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi SPA sesuai standar tidak tercapai adalah terdapat pada komponen SPA Rumah Sakit. Di mana capaian presentase SPA Rumah Sakit hanya mencapai nilai 94,24%, nilai tersebut mengalami penurunan dibandingkan dengan data semester I tahun 2024 yaitu 95,05%. Setelah dilakukan proses verifikasi, terdapat beberapa rumah sakit yang mengalami penurunan ketersediaan SPA dikarenakan belum melakukan update data pemenuhan SPA tahun 2024 dan juga terdapat kerusakan ketersediaan SPA. Selain itu terdapat RS baru berdiri dan belum melakukan pengisian

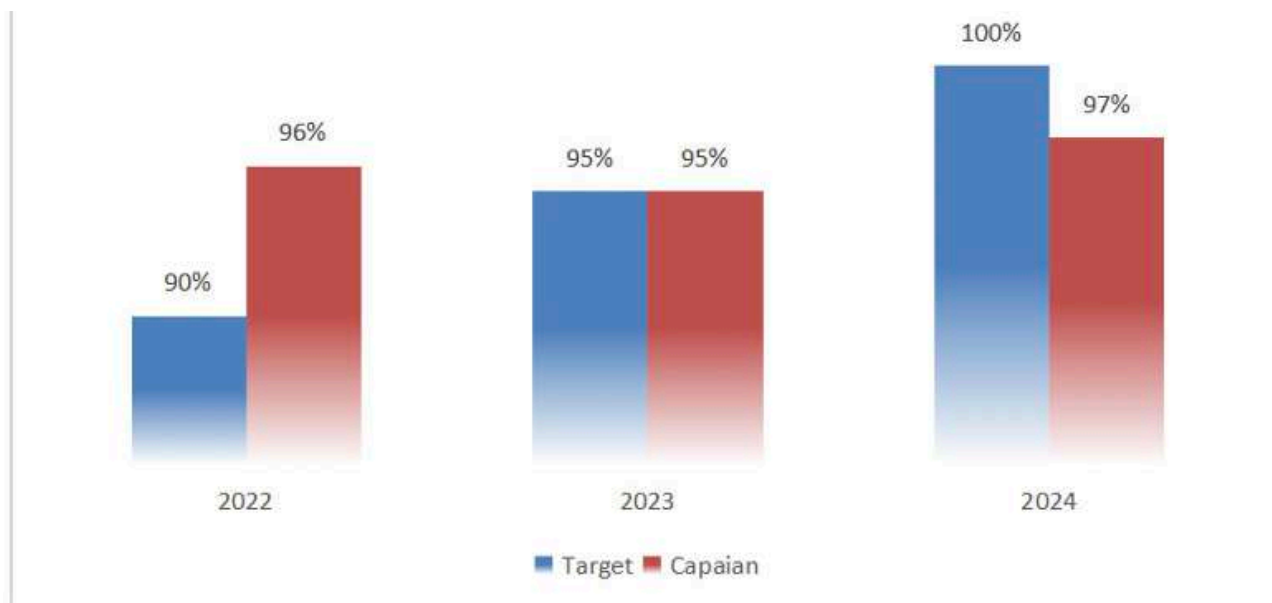
ASPAK maka hal tersebut mempengaruhi capaian kumulatif nilai kelengkapan SPA secara nasional. Faktor lain penyebab penurunan nilai kumulasi SPA Rumah sakit terjadi karena perubahan kelas RS (naik kelas) dan update data kondisi SPA. Sehubungan dengan rencana pemenuhan alat kesehatan KJSU KIA melalui program SIHREN yang awalnya direncanakan dapat terealisasi pada tahun 2024 tidak dapat terlaksana karena mekanisme proses pengadaan yang cukup lama menggunakan metode lelang internasional. Hal tersebut berpengaruh pada rencana peningkatan ketersediaan SPA di rumah sakit.

Untuk capaian persentase laboratorium kesehatan dapat mencapai 100% dengan jumlah laboratorium kesehatan saat ini adalah 259 laboratorium kesehatan terdiri dari 231 laboratorium kesehatan daerah milik dinas kesehatan kabupaten/kota dan 28 laboratorium kesehatan daerah milik dinas kesehatan provinsi.



**Grafik 3.51**

Persentase Fasyankes Rujukan Milik Pemerintah yang Memenuhi SPA Sesuai Standar

**Strategi pelaksanaan:****1. Pelaksana Kegiatan**

Penanggung jawab dari indikator ini adalah Tim Kerja Standarisasi Alat Kesehatan, Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Rujukan dan Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Lainnya.

**2. Metode Pelaksanaan**

Pencapaian indikator fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi SPA sesuai standar dengan cara mengolah data pemenuhan SPA RS dan laboratorium di dalam ASPAK

**3. Jenis Kegiatan**

Jenis Kegiatan untuk dapat mencapai target indikator fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar dilaksanakan melalui:

- a. Pemenuhan SPA di Rumah Sakit Milik Pemerintah dan Monitoring dan Supervisi Pemenuhan Standar SPA dan Diinstruksikan Fokus Lokus RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan, RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi  
Pemenuhan SPA dilakukan secara bertahap di seluruh rumah sakit milik pemerintah, dengan jangkauan wilayah Indonesia yang luas perlu dilakukan pemerataan

ketersediaan layanan kesehatan yang berkualitas dan mudah dijangkau agar masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar. Monitoring dan supervisi pemenuhan standar SPA dan diinstruksikan fokus lokus RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan, RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi. Dilaksanakan dengan kunjungan langsung ke RS dan menganalisis data ASPAK terutama digunakan untuk menganalisa data SPA RS untuk layanan unggulan kanker, jantung, stroke dan uronefrologi serta KIA sesuai dengan stratifikasi madya, utama maupun paripurna. Selain itu, monitoring dan evaluasi juga dilaksanakan melalui analisis usulan dana DAK Fisik Bidang Kesehatan untuk RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi. Dasar analisis selain dari data ASPAK juga secara berkala melakukan pertemuan secara daring dan melakukan kontak rumah sakit bersangkutan untuk melakukan klarifikasi kebenaran dalam pengisiannya. Standar pemenuhan SPA RS sesuai dengan program layanan dan peraturan yang berlaku, mengacu standar SPA RS serta

standar akreditasi baik nasional maupun internasional.

- b. Pembinaan Teknis Pemenuhan Standar SPA di Laboratorium Kesehatan Milik Pemerintah Melakukan advokasi ke dinas kesehatan agar laboratorium kesehatan daerah (labkesda) masing-masing dilengkapi SPA sesuai standar dan mampu melakukan pemeriksaan dan skrining 9 (sembilan) penyakit prioritas. Dilakukan sosialisasi pedoman desain tipikal labkesda. Selain itu dilakukan juga sosialisasi pedoman desain tipikal labkesda dan pedoman prasarana dan peralatan laboratorium Biosafety Level 2 (BSL-2) dan Biosafety Level 3 (BSL-3) dan pengelolaan alat kesehatan di laboratorium kesehatan.

#### Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target:

##### 1. Pemenuhan SPA di Rumah Sakit Milik Pemerintah

- a. Pemenuhan Alat Kesehatan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi dan KIA Pemetaan pemenuhan alat kesehatan yang dipenuhi dari berbagai sumber (DAK, BanPer, PHLN dkk.) agar terpenuhi secara merata dan tidak tumpang tindih pembiayaan, selain itu agar dapat mengetahui capaian Alat Kesehatan Produksi Dalam Negeri (Alkes PDN) yang telah digunakan di rumah sakit terutama untuk RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan. Pada indikator ini rumah sakit pemerintah yang dimaksud untuk dipenuhi SPA sesuai standar adalah rumah sakit milik pemerintah daerah. Namun, anggaran belanja daerah banyak yang belum mampu untuk memenuhi SPA sesuai standar untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang

**Gambar 3.11**

Monitoring Kesiapan RSUD dalam Pemenuhan Alat Kesehatan



berkualitas. Sehingga perlu didukung oleh pemerintah pusat dalam pemenuhan tersebut. Pemenuhan alat kesehatan oleh pemerintah pusat berupa Dana Alokasi Khusus dan Bantuan Pemerintah.

- b. Monitoring dan Supervisi Pemenuhan SPA di Rumah Sakit Milik Pemerintah Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara langsung ke RS UPT Vertikal dan RSUD dengan menggunakan Instrumen money berupa form tarikan data ASPAK. Dilakukan pengecekan bagian mana yang belum dilakukan update data dengan baik. Dibandingkan dengan inventaris yang dimiliki, serta dibandingkan juga dengan usulan kegiatan yang telah dilaksanakan melalui DAK. Melakukan pertemuan daring secara kontinu dan berkala untuk memantau

**Gambar 3.12**  
Monitoring dan Evaluasi



## 2. Pemenuhan SPA di Rumah Sakit Milik Pemerintah

- a. Melakukan Pemetaan Pemenuhan Sarana Prasarana Laboratorium Kesehatan serta Bimbingan Teknis Peningkatan Kemampuan Labkesda sesuai Standar Pemetaan pemenuhan SPA di labkesda milik pemerintah yang pemenuhannya dilakukan dari berbagai sumber antara lain Dana Alokasi Khusus (DAK), Pinjaman dan Hibah Luar Negeri (PHLN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan Anggaran Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Serta sumber-sumber pembiayaan sesuai dengan peraturan yang berlaku agar terpenuhi secara merata dan tidak tumpang tindih pembiayaan bersama dengan lintas sektor.

**Gambar 3.13**  
Peta Jalan Pemenuhan Labkesda

Upaya pemenuhan Labkesda bagi Prov/Kab/Kota yang belum memiliki Labkesda



Samapai akhir 2023 terdapat 259 Labkesda, Masih terdapat 299 Provinsi/Kab/Kota yang belum memiliki Labkesda yang akan dipenuhi secara bertahap mulai tahun 2024 – 2027.

**Tantangan:** Seluruh Provinsi/Kab/Kota memiliki Laboratorium Kesehatan Daerah. Perlu upaya advokasi ke Dink Provinsi, Kab/Kota untuk mengusulkan pembangunan Labkesda di wilayahnya melalui Upaya peningkatan seluruh Labkesda Existing mempunyai BSL-2 pada tahun 2024.



Samapai akhir 2022 terdapat 97 Labkesda telah memiliki BSL-2, Masih 162 Labkesda existing yang belum memiliki BSL-2 yang akan dipenuhi secara bertahap pada tahun 2023 – 2024.

**Tantangan:** Seluruh Labkesda memiliki layanan BioSecurity Level-2 (BSL-2). Perlu pendampingan proses pembangunan/renovasi BSL-2 agar sesuai standar.

**Gambar 3.14**  
Kegiatan Pemetaan Pemenuhan SPA Labkesda Melalui ASPAK



- b. Melakukan Bimbingan Teknis pemenuhan SPA serta Pengisian ASPAK di Laboratorium Kesehatan Milik Pemerintah Kondisi dan permasalahan saat ini adalah labkesda belum terintegrasi, sehingga belum terbangunnya jejaring laboratorium baik milik pemerintah maupun swasta. Belum optimalnya surveilans penyakit dan faktor risiko kesehatan berbasis laboratorium dan belum tersistemnya



pembinaan sumber daya laboratorium baik SDM. Kemudian kalibrasi alat dan *quality assurance* serta belum adanya sistem informasi labkes yang terintegrasi. Dari kondisi dan permasalahan tersebut maka penataan laboratorium kesehatan bertujuan untuk mewujudkan layanan laboratorium kesehatan yang bermutu. Lalu meningkatkan akses masyarakat dalam deteksi dini dan diagnostik penyakit. Mendukung surveilans penyakit dan faktor risiko kesehatan berbasis laboratorium untuk pemantauan wilayah setempat status kesehatan masyarakat serta membangun kesiapsiagaan laboratorium kesehatan

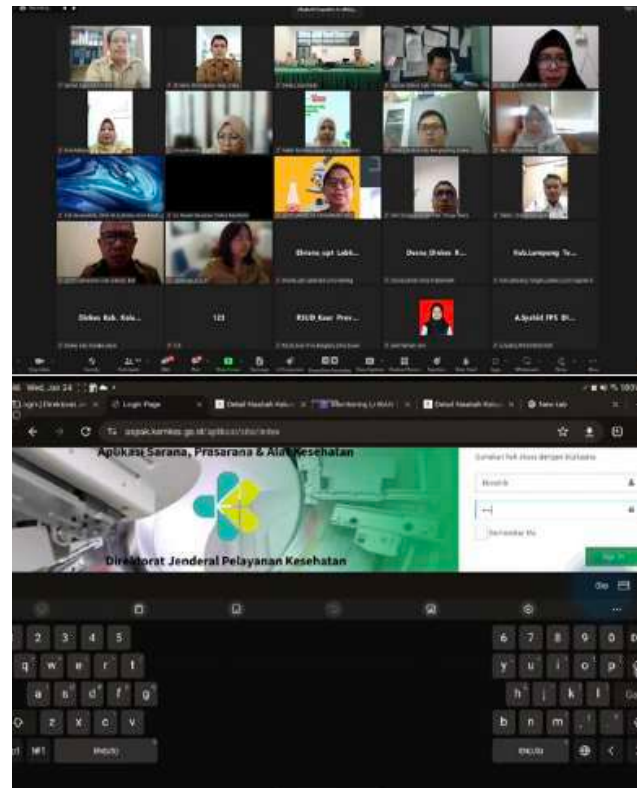
**Gambar 3.15**  
Kegiatan Bimbingan Teknis Peningkatan Kemampuan Labkesda sesuai standar



dalam menghadapi ancaman penyakit dan kejadian luar biasa.

Untuk itu dilakukan bimbingan teknis ke labkesda agar seluruh sarana, prasana serta alat laboratorium di labkesda sesuai dengan standar. Maka dilakukan bimtek melalui

**Gambar 3.16**  
Kunjungan dan Bimbingan Teknis Pengisian ASPAK Labkes



mekanisme daring serta luring (mengunjungi labkesda) untuk diberikan pembinaan.

- c. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan  
Strategi pengembangan SPA perlu dilakukan untuk meningkatkan efektivitas dan mutu penggunaan SPA di Indonesia. Dalam pelaksanaan seluruh kegiatan di bidang fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk menunjang pencapaian indikator pembinaan fasyankes lainnya yaitu Persentase fasyankes rujukan yang melakukan pengujian dan kalibrasi SPA serta fasyankes yang memiliki SPA sesuai standar pada tahun 2024. Dalam rangka peningkatan mutu dan pelayanan laboratorium kesehatan kepada masyarakat dan akibat terjadinya pandemi COVID-19, maka pada alokasi DAK tahun 2024, terdapat menu renovasi pembangunan gedung laboratorium kesehatan. Dalam pembangunan renovasi laboratorium kesehatan untuk mendukung

- a. gedung laboratorium kesehatan BSL-2 diperlukan pengawasan dan pengawalan pembangunan renovasi tersebut agar proses pembangunan berjalan sesuai Standar pedoman laboratorium yang telah disusun.

**Gambar 3.17**

Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan Secara Daring

**Gambar 3.18**

Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan melalui Kunjungan Lapangan

**Gambar 3.19**

Salah satu Laboratorium Kesehatan dengan Bersumber Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan



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

1. Adanya dukungan dari lintas program, organisasi profesi, lembaga terkait lainnya berupa pendampingan teknis.
2. Advokasi dan sosialisasi yang terus menerus pada pimpinan dinas kesehatan daerah dalam setiap pertemuan dan kunjungan tentang pentingnya pengisian data ASPAK, pelaksanaannya berupa pemantauan data ASPAK dan memberikan laporan data ASPAK terutama untuk daerah yang nilai kumulasi SPA masih di bawah 60%.

3. Adanya keterikatan pengisian data ASPAK dengan pengusulan anggaran.
4. Adanya pengaruh bertambahnya jumlah rumah sakit baru, yang berubah kelasnya (naik kelas) serta update data kondisi SPA RS.
5. Adanya bimbingan dan komunikasi secara langsung maupun jarak jauh terhadap pemenuhan sarana dan prasarana.
6. Keaktifan rumah sakit dalam pengisian dan updating data ASPAK secara kontinu dan berkala.
7. Keaktifan Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah (UTD) dalam pengisian dan updating data ASPAK secara kontinu dan berkala.

Permasalahan yang dihadapi dalam mencapai indikator adalah:

1. Porsi anggaran DAK untuk pemenuhan alat kesehatan terbatas.
2. Belum terealisasi pemenuhan alkes SIHREN sehubungan masih berproses di PBJ di mana proses pengadaan di PBJ yang mengikuti mekanisme internasional membutuhkan waktu yang cukup lama.
3. Ketersediaan SDM menjadi kendala untuk prioritas pemenuhan Alat Kesehatan
4. Tingkat kepatuhan dan keaktifan rumah sakit dalam pengisian ASPAK masih belum optimal, terutama dalam melakukan updating data.
5. Isian data ASPAK menjadi syarat dalam pengusulan anggaran DAK, sehingga kelengkapan rumah sakit yang masih di bawah 60% perlu dilakukan evaluasi lebih mendalam untuk memastikan kebenaran datanya.
6. Perubahan kelas rumah sakit (naik kelas) bila tidak segera dilakukan updating data SPA-nya, maka akan mengakibatkan penurunan nilai kumulasi SPA. Selain itu penurunan nilai kumulasi SPA dapat diakibatkan juga karena perubahan

kondisi SPA dari baik menjadi rusak.

7. petugas ASPAK laboratorium Kesehatan pemerintah belum melakukan pengisian ASPAK secara baik dan benar.

Upaya pemecahan masalah yang dilakukan adalah:

1. Perlu dilaksanakan advokasi dan sosialisasi yang terus menerus pada pimpinan dinas kesehatan daerah dalam setiap pertemuan dan kunjungan tentang pentingnya pengisian data ASPAK.
2. Pelaksanaan Bimbingan Teknis dan Monitoring Evaluasi ASPAK secara berkala untuk setiap wilayah di Indonesia secara daring dan melaporkan capaian pemenuhan SPA setiap provinsi, serta untuk mengecek kebenaran dari rumah sakit yang nilai pemenuhan SPA masih di bawah 60%.
3. Membuka ruang konsultasi baik menggunakan WhatsApp ataupun secara daring.
4. Beberapa kegiatan yang telah dimasukkan ke dalam Tahun Anggaran 2024 untuk menunjang perhitungan pemenuhan indikator komponen Laboratorium yaitu dengan melakukan penyusunan modul dashboard ASPAK, sosialisasi dan advokasi serta monitoring dan evaluasi terhadap laboratorium kesehatan.
5. Dalam setiap kegiatan terkait laboratorium kesehatan memasukkan materi terkait ASPAK.
6. Dalam setiap kegiatan terkait laboratorium kesehatan memasukkan materi terkait ASPAK.
7. Dalam petunjuk teknis survei akreditasi pusat kesehatan masyarakat, klinik, laboratorium kesehatan, UTD, tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi yang mengajukan usulan survei akreditasi salah satu persyaratannya adalah terdapat bukti pengisian ASPAK yang telah ter-update 100%.
8. Memasukkan ASPAK sebagai syarat permohonan pelaksanaan akreditasi laboratorium kesehatan.



3.5. Sasaran Strategis 5: Menguatnya Tata Kelola Manajemen dan Pelayanan Spesialistik

Adapun uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 5 sebagai berikut:

Tabel 3.24

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 5: Menguatnya Tata Kelola Manajemen dan Pelayanan Spesialistik

| Indikator Kinerja                                   | Realisasi Kinerja |                |                |
|-----------------------------------------------------|-------------------|----------------|----------------|
|                                                     | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 % |
| Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah sakit | < 2,5             | 0,97           | 2,58%          |

3.5.1 Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

Definisi operasional indikator adalah jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di rumah sakit lebih dari 48 jam. Cara perhitungan indikator sesuai Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 adalah jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih 48 jam dalam jangka waktu satu bulan dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu satu bulan.

Namun terdapat perubahan cara perhitungan indikator dikarenakan berdasar Permenkes Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit bahwa indikator NDR harus diisi dalam periode satu tahun. Sehingga RS baru dapat melaporkan NDR melalui SIRS online dalam jangka waktu satu tahun.

Oleh karena itu dalam LKJ ini dilaporkan indikator persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit dengan perhitungan jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun (pada H-1 tahun) dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun (pada H-1 tahun) dikali 100 (pada H-1 tahun net death rate (NDR) laporan kinerja 2023 menggunakan data NDR tahun 2022).

Perhitungan realisasi pada indikator persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit memerlukan data NDR yang diperoleh dari pelaporan setiap rumah sakit melalui aplikasi SIRS.

SIRS merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah

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

NDR adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1.000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000. Dari 3073 rumah sakit (baik pemerintah, swasta, TNI dan Polri) di seluruh Indonesia, yang melaporkan data NDR tahun 2023 di aplikasi SIRS sebanyak 2981 rumah sakit atau sekitar 97,01 persen.

Intervensi yang dilakukan agar meningkatkan tingkat pengisian SIRS dari rumah sakit adalah menjadikan SIRS dalam salah satu penilaian standar akreditasi MRMIK, membuat dashboard pemantauan secara daring sehingga bisa dipantau oleh pihak dinkes, direktur rumah sakit, dan sebagainya. Kemudian melakukan desk rutin dengan rumah sakit bersama dinkes untuk memastikan pengisian dilakukan oleh rumah sakit. Hasil dari perhitungan rerata data NDR tahun 2023 di rumah sakit seluruh Indonesia yang melaporkan melalui SIRS adalah 9,70 per 1.000.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target tersebut adalah melalui penyusunan NSPK standarisasi klinis pelayanan kesehatan rujukan. Selain itu juga disusun Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran yang sudah menjadi keputusan Menteri Kesehatan.

Selanjutnya terdapat rangkaian kegiatan penguatan fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit) melalui penguatan fasilitas pelayanan kesehatan dalam respons *time SC* Emergensi kurang dari 30 menit, penguatan kegawatdaruratan anak di rumah sakit, penguatan pelayanan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dan penguatan

kesiapan rumah sakit dalam implementasi kelas rawat inap standar. Rumah sakit juga dilakukan pembinaan dalam penyusunan *clinical pathway* dan audit medik/klinis di rumah sakit.

Diharapkan dengan adanya standarisasi layanan yaitu norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK) dan pedoman standar pelayanan dalam penyelenggaraan praktik kedokteran (PNPK), penguatan pelayanan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan dan audit klinis/medis dapat meningkatkan kualitas mutu layanan dan memiliki *outcome* penurunan angka kematian di rumah sakit.

**Tabel 3.25**  
Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2024

| Indikator Kinerja                                   | Realisasi Kinerja |           |         |
|-----------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
|                                                     | Target            | Realisasi | Capaian |
| Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit | < 2,5             | 0,97      | 2,58    |

Untuk indikator kinerja ini, target capaian indikator tahun 2024 sebesar < 2,5 dengan capaian kinerja sebanyak 0,97. Realisasi tersebut sudah tercapai sesuai dengan target tahun 2024.

**Tabel 3.27**  
Perbandingan Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit antara Realisasi Kinerja Serta Capaian Kinerja Tahun 2022–2024

| Target | Realisasi 2022 | Realisasi 2023 | Realisasi 2024 |
|--------|----------------|----------------|----------------|
| < 2,5  | 2,045          | 2,7            | 0,97           |

Terlihat capaian kinerja tahun 2024 mengalami kenaikan cukup signifikan dibandingkan tahun 2023. Capaian kinerja tahun 2023 sempat mengalami penurunan dibandingkan tahun 2022. Namun, di tahun 2024 mengalami kenaikan signifikan. Jika dibandingkan dengan target 2024, realisasi tahun 2024 sudah tercapai.

Kegiatan yang telah dilaksanakan dalam mencapai target penurunan jumlah kematian yaitu penyusunan NSPK dan kegiatan bimbingan teknis terkait

pelayanan PONEK dan SC emergensi kategori I untuk menekan angka kematian ibu dan anak.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target pemerataan yakni dengan akses pelayanan yang diiringi peningkatan SDM terutama spesialis dengan koordinasi lintas unit Kemenkes dan organisasi profesi. Serta bimtek dan monev rumah sakit dalam Penerapan PNPK dalam bentuk PPK serta penyusunan, implementasi dan evaluasi alur klinis.

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

Tabel 3.27  
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 6: Menguatnya dan Terdistribusinya Mutu RS, Layanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain

| No | Indikator Kinerja                                               | Realisasi Kinerja |                |              |
|----|-----------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|--------------|
|    |                                                                 | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 |
| 1  | Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan                 | 90                | 98,37          | 98,37        |
| 2  | Jumlah rumah sakit yang memiliki layanan unggulan internasional | 24                | 24             | 100%         |

3.6.1 Pesentase Kepuasan Pasien di Fasyankes Rujukan

Definisi operasional indikator adalah persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan. Cara perhitungan indikator persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan yakni jumlah kumulatif pernyataan kepuasan pasien atas pelayanan fasyankes rujukan sampai pada tahun berjalan dibagi jumlah total pasien yang mengikuti survei kepuasan pada pelayanan rumah sakit, dikali 100 persen.

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif Pernyataan Kepuasan Pasien atas Pelayanan Fasyankes Rujukan sampai pada Tahun Berjalan}}{\text{Jumlah total pasien yang mengikuti Survei Kepuasan}} \times 100\%$$

Selain mengukur dengan cara tersebut, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan juga melakukan pengukuran kepuasan pasien berupa Indeks Kepuasan Masyarakat berdasarkan Peraturan Menteri PAN RB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Kegiatan survei ini diselenggarakan pada 60 RS (pada akhirnya menjadi 67 RS untuk pemenuhan jumlah responden) di seluruh Indonesia. Pelaksanaannya bekerja sama dengan dinas kesehatan provinsi di 38 provinsi sebagai enumerator (pencacah/pengambil data). Enumerator telah mendapatkan pelatihan dari lembaga penelitian salah satu perguruan tinggi negeri yang dilibatkan dalam survey ini sebagai narasumber/konsultan survei kepuasan pasien tahun 2024.

Perguruan tinggi negeri dimaksud juga berkontribusi untuk mendesain metodologi pelaksanaan survei kepuasan pasien tahun 2024, mulai dari kerangka pemilihan sampel hingga teknik pengumpulan data. Untuk kerangka pemilihan sampel digunakan metode *stratified random sampling* berdasarkan jenis rumah sakit yaitu RS umum dan RS Khusus. Kemudian berdasarkan kepemilikan rumah sakit yaitu RS milik pemerintah dan RS milik swasta. Serta berdasarkan kelas rumah sakit yaitu RS kelas A, kelas B, kelas C, dan D. Tujuan utama dari metode ini adalah memastikan bahwa setiap sub kelompok dari populasi diwakili dalam sampel, sehingga hasil penelitian atau survei menjadi lebih akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun, untuk teknik pengambilan data yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan provinsi saat turun ke lapangan dengan menyiapkan instrumen survei kepuasan pasien (kuesioner) yang disusun berdasarkan Permenpan-RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Enumerator mewawancarai responden yang menerima pelayanan rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit terpilih. Enumerator juga melakukan wawancara mendalam untuk menggali pertanyaan yang memiliki kepuasan rendah/kurang dan mendapatkan masukan guna perbaikan pelayanan. Proses wawancara yang dilakukan oleh enumerator didampingi tim Kementerian Kesehatan. Supervisi dilakukan oleh tim ITAPS FEM IPB pada sebagian rumah sakit. Pengumpulan hasil survei melalui Google Form.

Terkait responden, pada tahap awal, penentuan jumlah responden yang diwawancarai minimal 30 pasien rawat jalan dan 30 pasien rawat inap. Namun, pada saat pelaksanaan survei terdapat rumah sakit yang tidak bisa mencapai batas minimal responden yang telah ditentukan. Oleh sebab itu, dilakukan penyesuaian dengan menambah responden dari pasien rawat inap ataupun rawat jalan sesuai dengan ketersediaan pada saat pelaksanaan survei, maupun dengan melakukan penambahan responden dari rumah sakit lain. Jumlah total responden rawat jalan sebanyak 1.977 pasien dan responden rawat inap sebanyak 1.700 pasien.

Hasil pengukuran angka indeks kepuasan masyarakat atau dalam hal ini adalah pasien di fasyankes rujukan adalah 78,66 untuk layanan rawat jalan, 80,25 untuk layanan rawat inap, dan 79,40 untuk gabungan rawat inap dan rawat jalan. Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat yang memenuhi kategori baik sesuai Peraturan Menteri PAN RB No. 14 Tahun 2017 adalah angka indeks  $\geq 76,61$ . Sehingga angka indeks kepuasan masyarakat yang didapat masuk dalam kategori Baik.

Pencapaian persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan pada 2024 (98,37%) melebihi target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 90% untuk 2024. Hasil pengukuran ini melampaui target yang ditetapkan secara signifikan. Pencapaian ini didukung oleh skor hasil pengukuran indeks

kepuasan masyarakat yang dilakukan berdasarkan Peraturan Menteri PAN RB Nomor 14 Tahun 2017 dimana hasil yang didapatkan sebesar 79,40 melebihi skor minimal yaitu 76,61. Walaupun pasien menyatakan puas pada pengukuran kepuasan pasien, pasien tetap memberikan beberapa catatan sebagai harapan perbaikan pelayanan.

Adapun masukan yang disampaikan telah dikategorikan sesuai unsur pelayanan dalam instrumen pengukuran indeks kepuasan masyarakat yaitu:

#### 1. Unsur Sarana dan Prasarana

- a. Gedung rumah sakit perlu diperhatikan kebersihannya dan perawatannya.
- b. Toilet dibersihkan dan diberikan perawatan yang rutin.
- c. Perluasan ruang tunggu dan penyediaan kursi tambahan.
- d. Layout musala perlu dibuat dekat, bersih, dan terawat.
- e. Penyediaan lahan parkir yang luas dan terjangkau (secara letak dan tarif) agar mempermudah proses mobilisasi.
- f. Penambahan pendingin ruangan seperti AC dan kipas angin, terutama pada ruang tunggu yang ramai.
- g. Pemasangan lampu yang mencukupi dan berkualitas.
- h. Penyediaan gorden pada layanan rawat inap.
- i. Penyediaan fasilitas penunjang pasien (seperti kursi roda, nurse call, dan tempat tidur rawat inap) yang bersih dan mudah digunakan.
- j. Penyediaan fasilitas pendukung lainnya (seperti monitor antrean dan farmasi, informasi dokter di pintu ruangan, penunjuk ruangan/denah rumah sakit, hiburan seperti

- a. stabil dan terjangkau.
- b. Perbaikan instalasi listrik dan genset.
- c. Penyediaan jaringan internet yang stabil (seperti wifi).
- d. Perbaikan layout rumah sakit untuk mempermudah proses administrasi hingga pengambilan obat.

## 2. Unsur Kecepatan Pelayanan

- a. Penyediaan layanan pengaduan yang terpusat yang jelas dan penindaklanjutan yang cepat.
- b. Penyesuaian kelas BPJS pasien dengan ruangan yang akan ditempati.
- c. Melengkapi obat di bagian farmasi agar pasien tidak perlu membeli di luar rumah sakit.
- d. Perlunya birokrasi pelayanan yang cepat, tidak berubah-ubah, dan tidak mempersulit pasien.
- e. Mempermudah prosedur pendaftaran daring serta memberikan layanan bantuan.
- f. Penyesuaian jadwal dokter antara jadwal daring dan jadwal sebenarnya.
- g. Percepatan pelayanan pasien, khususnya pasien darurat.
- h. Penyediaan sistem pembayaran non tunai.
- i. Pelayanan administrasi, pendaftaran, dokter, dan farmasi yang lebih cepat dan informatif.

## 3. Unsur Informasi dan Publikasi

- a. Penyediaan flyer atau informasi layanan rumah sakit di media cetak maupun media sosial.
- b. Keterbukaan informasi biaya penanganan

dan obat bagi pasien umum.

- c. Keterbukaan persyaratan administrasi yang harus dipersiapkan.
- d. Keterbukaan informasi terkait jadwal dokter hingga durasi pemrosesan obat.
- e. Keterbukaan durasi peracikan obat kepada pasien.
- f. Keterbukaan informasi jika jadwal dokter berubah.

## 4. Unsur Tenaga Kesehatan dan Staf Layanan

- a. Yang bersangkutan Staf pelayanan perlu lebih ramah, gesit, responsif, komunikatif, dan tepat waktu.
- b. Jadwal pelayanan dokter untuk rawat jalan dan rawat inap perlu lebih tepat waktu serta memiliki periode waktu yang jelas.
- c. Dokter perlu lebih komunikatif dan responsif terhadap pasien.
- d. Penambahan staf pelayanan dan dokter spesialis.
- e. Penyediaan dokter pengganti apabila dokter berhalangan praktik.
- f. Perbaikan komunikasi antara tenaga kesehatan agar tidak merugikan pasien

**Grafik 3.52**

Persentase Kepuasan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan



Upaya untuk mencapai target indikator dalam mencapai target indikator yang telah ditetapkan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan telah melaksanakan kegiatan untuk mencapai target:

1. Akreditasi rumah sakit.
2. Sosialisasi Indikator Nasional Mutu bagi SDM dinas kesehatan dan SDM rumah sakit.
3. Alokasi dana dekonsentrasi untuk melakukan monitoring dan evaluasi peningkatan mutu di fasilitas pelayanan Kesehatan rujukan di 38 provinsi.
4. Pemantauan dan evaluasi capaian Indikator Nasional Mutu per provinsi.
5. Diseminasi dan analisa hasil pelaporan Indikator Nasional Mutu.

Dalam melaksanakan kegiatan untuk mendorong pencapaian indikator kepuasan pasien, ditemukan faktor yang mempengaruhi pencapaian target sebagai berikut:

1. Penghambat pencapaian target
  - a. Masih banyak rumah sakit yang memiliki keterbatasan anggaran untuk memelihara dan memperbaiki sarana dan prasarana.

- b. Masih ada rumah sakit yang belum memahami Indikator Nasional Mutu pelayanan kesehatan.
- c. Masih ada rumah sakit yang belum patuh dalam Pelaporan Indikator Mutu.
- d. Belum semua Dinas Kesehatan memahami mengenai tata cara pengukuran indikator mutu dan pelaporan Indikator Mutu sehingga tidak mampu mendampingi rumah sakit.
- e. Sistem Informasi Pelaporan Indikator Mutu yang digunakan terkadang bermasalah.
- f. Kendala Jaringan di beberapa wilayah di Indonesia.

2. Pendukung pencapaian target

- a. Akreditasi rumah sakit dijadikan persyaratan kerja sama dengan BPJS sehingga mendorong rumah sakit untuk melakukan perbaikan sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit.
- b. Kewajiban melakukan pengukuran kepuasan pasien di dalam Indikator Nasional Mutu pelayanan Kesehatan yang harus dilaporkan berkala ke Kementerian Kesehatan.



Adapun terkait dengan beberapa faktor penghambat maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah:

1. Advokasi kepada pemilik rumah sakit berkomitmen untuk memenuhi harapan pasien yang disampaikan melalui survei kepuasan pasien.
2. Peningkatan pemahaman rumah sakit dan dinas kesehatan melalui kegiatan refreshing daring/luring.
3. Peningkatan dengan monev terpadu lintas direktorat.
4. Pengembangan dan update sistem informasi mutu pelayanan kesehatan secara

**Gambar 3.29**

Pelaksanaan Survei Kepuasan Pasien TA 2024



### 3.6.2 Jumlah Rumah Sakit yang Memiliki Layanan Unggulan Internasional

Jumlah rumah sakit vertikal yang mengembangkan layanan unggulan melalui kerja sama internasional dengan rumah sakit atau Institusi kesehatan luar negeri. Cara perhitungan dengan jumlah rumah sakit vertikal yang memiliki minimal satu layanan unggulan setara internasional. Mengukur indikator ini adalah dengan menghitung jumlah rumah sakit vertikal yang telah melakukan kerja sama luar negeri dengan rumah sakit atau institusi Kesehatan luar negeri berdasarkan pembuktian adanya dokumen kerjasama luar negeri seperti *Letter of Intent (LOI)*, *Memory of Understanding (MoU)*, *Implementing Agreement (IA)*, dan sebagainya.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target:

1. Menyusun pedoman kerja sama luar negeri rumah sakit.
2. Melakukan sosialisasi dan advokasi program kerja sama luar negeri kepada pemangku kepentingan lain di lintas sektor atau kementerian/lembaga.
3. Melakukan pendampingan upaya penjajakan

kerjasama hingga tercapainya kesepakatan dalam menandatangani dokumen kerja sama.

4. Melakukan pembinaan program kerja sama luar negeri.
5. Melakukan monitoring dan evaluasi selama kurun waktu proses kerja sama berjalan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target:

1. Pencapaian target indikator rumah sakit vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional dilakukan bersama dan melalui koordinasi dengan rumah sakit vertikal, dengan Upaya yang disesuaikan dengan tugas dan fungsi masing-masing sesuai peraturan yang berlaku. Upaya yang dilakukan oleh Direktorat TKPK mengacu pada Permenkes Nomor 5 Tahun 2022, dan KMK nomor HK.01.07/Menkes/1332/2022, khususnya tugas dan fungsi terkait kerja sama luar negeri bidang pelayanan kesehatan.
2. Dalam rangka optimalisasi pencapaian target pada tahun 2024, diperlukan adanya kesesuaian antara redaksi indikator, redaksi definisi operasional, dan bukti capaian target

yang diharapkan sesuai yang tertuang dalam transformasi layanan rujukan yaitu kemitraan dengan World Top Health Care Centre. Maka telah disampaikan usulan perubahan DO pada IKP dengan menambahkan salah satunya memiliki kerjasama dengan rumah sakit luar negeri, sudah ditetapkan sebagai rumah sakit pengampu layanan prioritas baik nasional maupun regional, rumah sakit merupakan rumah sakit pendidikan dan rumah sakit memiliki rencana strategis dalam menetapkan layanan unggulannya.

3. Mengumpulkan data untuk rumah sakit vertikal yang berpotensi memiliki layanan unggulan yang dapat bertaraf internasional dengan melakukan analisa visi dan misi rumah sakit sampai rencana bisnis strategis rumah sakit, pendataan kerja sama rumah sakit dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri terkait peningkatan kompetensi SDM berbentuk *fellowship* dan kerja sama dengan rumah sakit luar negeri.
4. Melakukan penyusunan *feasibility study* untuk menetapkan layanan unggulan rumah sakit.
5. Melakukan sosialisasi dan advokasi bagi rumah sakit untuk bekerjasama dengan luar negeri yang dapat mendukung layanan unggulan rumah sakit tersebut dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan rumah sakit.
6. Melakukan advokasi, fasilitasi dan atau penjangkauan, negosiasi, diskusi dengan lintas sektor (Kemenlu, KBRI), dan pihak mitra asing (kedubes negara terkait, rumah sakit di luar negeri dan atau institusi kesehatan di luar negeri), agar dapat melakukan kerja sama dengan rumah sakit vertikal.
7. Melakukan pendampingan dalam penyusunan dokumen kerja sama luar negeri rumah sakit (proposal, LOI, MoU dan lain-lain).
8. Memfasilitasi proses koordinasi dan komunikasi (tertulis dan atau komunikasi langsung) dengan pihak mitra luar negeri dalam rangka pembahasan dan atau penyampaian dokumen kerja sama.

Pencapaian kinerja untuk indikator kinerja program ini adalah sebesar 29 rumah sakit vertikal dari target sebanyak 34 rumah sakit vertikal. Analisa capaian kinerja diperoleh dengan merujuk pada kriteria capaian yang ditetapkan sebelumnya, serta melakukan koordinasi dengan rumah sakit dan unit terkait di Kementerian Kesehatan. Hal tersebut dilakukan dengan mempertimbangkan bahwa pencapaian indikator dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu:

1. Kerja sama yang dilakukan adalah merupakan kesepakatan antara Kementerian Kesehatan dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri yang dituangkan dalam dokumen kerja sama yang ditanda tangani para pihak terkait. Implementasi kerja sama tersebut kemudian didelegasikan kepada rumah sakit vertikal sesuai preferensi lingkup bidang kerja sama yang dituangkan dalam bentuk dokumen perjanjian implementasi kerja sama masing-masing rumah sakit vertikal dengan pihak rumah sakit dan atau institusi terkait. Dalam konteks pendekatan ini, capaian target yang dihitung adalah berdasarkan dokumen perjanjian kerja sama rumah sakit yang memanfaatkan kerja sama ini.
2. Pendekatan kedua berdasarkan inisiasi dan kebutuhan dari rumah sakit vertikal yang melakukan kerja sama dengan rumah sakit atau institusi Kesehatan luar negeri. Kedua cara ini cukup efektif dalam percepatan pencapaian target.

Berikut perbandingan indikator jumlah rumah sakit vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional antara target dan realisasi kinerja tahun 2024:

**Tabel 3.28**  
Rumah Sakit Vertikal Unggulan Internasional Tahun 2024

| Indikator Sasaran Strategis                                     | Target | Capaian |
|-----------------------------------------------------------------|--------|---------|
| Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional | 24 RS  | 29 RS   |

Untuk indikator sasaran strategis jumlah rumah sakit vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional, capaian target indikator tahun 2024 adalah sebesar 24 rumah sakit vertikal dengan realisasi kinerja sebanyak 29 rumah sakit vertikal. Perbandingan capaian kinerja bila dibandingkan tiga tahun sebelumnya seperti dalam tabel berikut:

**Tabel 3.29**  
Capaian Rumah Sakit Vertikal Unggulan Internasional Tahun 2021–2024

| No | Indikator Sasaran Strategis:<br>Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional | 2021 | 2022          | 2023          | 2024          |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|---------------|---------------|
| 1  | Realisasi Kinerja                                                                               | 0    | 4.225.465.566 | 1.103.257.786 | 1.106.450.946 |
| 2  | Capaian Kinerja                                                                                 | 0    | 12            | 24            | 29            |

Namun, realisasi kinerja sampai dengan tahun 2024 dengan target jangka menengah (target 2024) yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi tidak dapat dibandingkan. Karena tidak ada indikator RPJMN yang menunjang Indikator Kinerja Program Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan. Juga tidak ada yang dapat diperbandingkan antara realisasi kinerja tahun 2024 dengan standar nasional.

Permasalahan dalam pencapaian target indikator jumlah rumah sakit vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional dipengaruhi oleh kondisi rumah sakit vertikal dan pihak rumah sakit dan institusi luar negeri yang akan menjadi calon mitra kerja sama adalah:

1. Lamanya waktu proses reviu teknis, administratif dan birokrasi yang berlaku di pihak calon mitra kerja sama luar negeri, mempengaruhi waktu pencapaian output target kinerja. Umumnya membutuhkan waktu antara tiga bulan sampai dengan satu tahun.
2. Ketersediaan anggaran di rumah sakit vertikal untuk melaksanakan kerja sama dengan Rumah sakit luar negeri, dipengaruhi oleh:
  - a. Status pengelolaan keuangan (BLU/ Non BLU), dan pendapatan rumah sakit vertikal. Rumah sakit vertikal yang secara finansial belum menunjukkan kinerja keuangan yang baik akan sulit untuk dapat

mengembangkan layanan unggulannya melalui kerja sama luar negeri menggunakan dana BLU rumah sakit.

- b. Siapa yang menginisiasi kerja sama. Jika inisiasi berasal dari kebutuhan rumah sakit, maka umumnya rumah sakit telah membuat perencanaan anggaran untuk implementasi kerja sama tersebut. Namun, jika kerja sama berasal dari penugasan Kementerian Kesehatan yang dilakukan di tahun anggaran berjalan, maka diperlukan waktu bagi rumah sakit untuk melakukan review terhadap alokasi anggaran dengan potensi jika terdapat sumber anggaran yang dimungkinkan untuk realokasi maka diperlukan waktu untuk melakukan revisi anggaran tersebut. Namun jika tidak ada, potensinya adalah dilaksanakan di tahun anggaran berikutnya, atau tidak dilaksanakan oleh rumah sakit.

3. Terdapat pembiayaan kerja sama yang bersifat beli jasa, terutama untuk Perjanjian Berkarakter Internasional. Ada beberapa kerja sama yang memberlakukan kerja sama sebagai suatu *service agreement* (beli jasa) dengan biaya yang besar berdasarkan paket yang di dalamnya terdapat beberapa tahapan yang harus dilalui.

Ada beberapa upaya yang telah dilakukan guna mengatasi kendala dalam pencapaian indikator, yakni penyusunan pedoman kerja sama luar negeri rumah sakit, sosialisasi dan advokasi program kerja sama luar negeri kepada pemangku kepentingan lain di lintas sektor atau kementerian/lembaga, pendampingan upaya penjajakan kerja sama hingga tercapainya kesepakatan dalam menandatangani dokumen kerja sama. Kemudian pembinaan program kerja sama luar negeri serta monitoring

dan evaluasi selama kurun waktu proses kerja sama berjalan.

Untuk diketahui, terdapat kendala yang ditemukan dalam pencapaian indikator sasaran strategis ini yaitu diperlukan proses dalam penetapan layanan unggulan, persiapan SDM dan infrastruktur, menetapkan standar layanan dan perlu waktu dalam melakukan penjajakan dengan rumah sakit terbaik di luar negeri dalam melakukan kerja sama, rumah sakit membutuhkan penganggaran besar untuk implementasi yang mana prioritas penganggaran ini masih dibawah prioritas dengan kebutuhan operasional dan program lainnya di rumah sakit.

Guna mencapai keberhasilan capaian indikator dilakukan strategi yakni melakukan advokasi rumah sakit vertikal untuk penetapan layanan unggulan sesuai dengan renstra rumah sakit, fasyankes dan perencanaan kerja sama dengan rumah sakit luar negeri. Dengan perencanaan yang tepat diharapkan rumah sakit sudah dapat memprediksi kebutuhan anggaran untuk implementasi kerja sama luar negeri.

3.7. SASARAN STRATEGIS 7: MENGUATNYA PRODUKSI ALAT KESEHATAN, BAHAN BAKU OBAT, OBAT, OBAT TRADISIONAL, DAN VAKSIN DALAM NEGERI.

Uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 7 sebagai berikut:

**Tabel 3.28**  
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 7: Menguatnya Produksi Alat Kesehatan, Bahan Baku Obat, Obat, Obat Tradisional dan Vaksin dalam Negeri

| Indikator Kinerja                                                                       | Realisasi Kinerja |                |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|----------------|
|                                                                                         | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 % |
| Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri kabupaten/kota | 20                | 20             | 100,00         |
| Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri      | 17                | 17             | 100,00         |
| Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri                               | 17                | 17             | 100,00         |

3.7.1 JUMLAH BAHAN BAKU OBAT DAN OBAT 10 TERBESAR YANG DIPRODUKSI DALAM NEGERI

Definisi Definisi operasional indikator adalah jumlah kumulatif bahan baku obat dan obat terbesar by value yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri.

Cara perhitungan indikator adalah jumlah bahan baku obat dan obat terbesar by value yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri setiap tahun yang dihitung secara kumulatif

**Tabel 3.28**  
Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Bahan Baku Obat dan 10 Obat Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri

| Indikator Kinerja                                                        | Realisasi Kinerja |                |                |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|----------------|
|                                                                          | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 % |
| Jumlah bahan baku obat dan 10 obat terbesar yang diproduksi dalam negeri | 20                | 20             | 100,00         |

### Analisa Pencapaian Target Indikator:

Indikator ini bertujuan untuk mewujudkan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh melalui penguatan kemandirian bahan baku obat kimia dan produk biologi dalam negeri.

Pada tahun 2023, realisasi indikator jumlah bahan baku obat dan 10 obat terbesar yang diproduksi dalam negeri memiliki target sebesar 14 dan realisasi sebesar 14 bahan baku obat dan obat, sehingga capaian yang diperoleh sebesar

100,00%. Pada tahun 2024, realisasi indikator jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri sebesar 20 dari target sebesar 20 bahan baku obat dan obat. Realisasi indikator di tahun kelima Renstra menunjukkan hal yang positif karena telah mencapai target periode akhir tahun Renstra 2020–2024 yakni 20. Seperti terlihat di grafik berikut:

### Grafik 3.53

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Bahan Baku Obat dan 10 Obat Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri Tahun 2024

Sumber data: : Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan





Hasil tersebut diperoleh dari bahan baku kimia sebanyak 10 dan produk biologi sebanyak 10 dengan rincian tabel berikut:

**Grafik 3.46**  
Daftar Bahan Baku Obat dan 10 Obat Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri Tahun 2024

Sumber data : Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan

| No | Bahan Baku         | Industri Farmasi                     |
|----|--------------------|--------------------------------------|
| A  | Bahan Baku Kimia   |                                      |
| 1  | Parasetamol        | PT Riasima Abadi Farma               |
| 2  | Omeprazol          | PT Ferron Par Pharmaceutical         |
| 3  | Atorvastatin       | PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia   |
| 4  | Clopidogrel        | PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia   |
| 5  | Amlodipin          | PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia   |
| 6  | Candesartan        | PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia   |
| 7  | Bisoprolol         | PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia   |
| 8  | Azitromisin        | PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia   |
| 9  | Sitagliptin        | PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia   |
| 10 | Imatinib           | PT BrightGene Biomedical Indonesia   |
| B  | Produk Biologi     |                                      |
| 1  | Erithropoetin Alfa | PT Kalbio Global Medika              |
| 2  | Enoxaparin         | PT Biofarma                          |
| 3  | Insulin Glargine   | PT Kalbio Global Medika              |
| 4  | Rituximab          | PT Kalbio Global Medika              |
| 5  | Insulin Aspart     | PT Sanbe Farma                       |
| 6  | HyFC EPO           | PT Kalbe Farma                       |
| 7  | Bevacizumab        | PT Etana Biotechnologies Indonesia   |
| 8  | Filgrastim         | PT Kalbio Global Medika              |
| 9  | Albumin (PODP)     | PT Triman/PT SKPlasma Core Indonesia |
| 10 | IVIG (PODP)        | PT Triman/PT SKPlasma Core Indonesia |

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target adalah:

1. Mengusulkan penerapan tata niaga impor 22 BBO dalam negeri melalui surat Menteri Kesehatan pada tanggal 4 Oktober 2024 ditujukan kepada Menteri Koordinator Bidang Perekonomian.
2. Pertemuan pembahasan strategi mencapai kemandirian dan ketahanan kesehatan dengan lintas kementerian/lembaga terkait penerapan tata niaga impor 22 BBO.
3. Mengupayakan prioritas registrasi variasi dan sertifikasi TKDN amlodipin dan candesartan menggunakan BBO produksi dalam negeri.
4. Sinergisme ABGCI dalam percepatan pengembangan produk biologi dalam negeri melalui perluasan kerjasama peningkatan akses pendanaan, riset dan penelitian, transfer teknologi, business matching dan pameran baik dengan mitra global maupun dengan mitra dalam negeri. Salah satu kegiatan yang dilaksanakan adalah Indonesia-China Healthcare & Biotech Investment Forum di mana dilakukan penandatanganan MoU antara PT Etana Biotechnology Indonesia dan PT BrightGene Biomedical Indonesia untuk pengembangan antibodi monoklonal untuk terapi kanker.
5. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi serta koordinasi secara intensif dengan industri terkait progres pengembangan produk biologi dalam negeri. Hal ini dilakukan untuk mengetahui progres pengembangan, kendala serta merumuskan solusi/rekomendasi terkait pengembangan produk biologi dalam negeri.
6. Pembahasan prioritas VTD dilakukan bersama dengan stakeholder terkait seperti industri, akademisi, pakar, kementerian/lembaga lainnya dan sebagainya. Dilakukan penentuan komoditas prioritas untuk vaksin, obat dan diagnostik untuk pengembangan dan produksi dalam negeri. Dengan adanya prioritas VTD tersebut maka riset, pengembangan dan sumber daya dapat lebih fokus dikerahkan

untuk tercapainya akses dan ketersediaan VTD yang dibutuhkan di Indonesia.

7. Koordinasi teknis untuk pelaksanaan pilot project kerjasama dengan MPP sebagai implementasi dari MoU yang telah ditandatangani. Pilot project yang akan dilakukan adalah transfer teknologi untuk satu produk biosimilar di mana *MPP Technology Transfer Team* akan memfasilitasi, mendampingi serta terlibat langsung dalam proses transfer teknologi. Pembahasan tengah dilakukan dalam hal pemilihan molekul serta rencana strategi pendanaan bersama dengan lembaga/mitra pembiayaan.
8. Dalam rangka mendukung produksi Produk Obat Derivat Plasma (PODP) dengan sumber plasma dalam negeri, telah dilakukan berbagai kegiatan bekerja sama dengan unit lain yang terkait di antaranya monitoring dan evaluasi penyelenggaraan fraksionasi plasma kepada kedua fraksionator, penunjukkan UPD RS Vertikal sebagai penyedia plasma, penandatanganan *Plasma Supply Agreement* antara fraksionator dengan UPD RSUP Dr. Sardjito, penyusunan regulasi teknis serta *Workshop Plasma Master File*.
9. Monitoring dan evaluasi serta berkoordinasi secara berkala dengan industri terkait pengembangan produk biologi.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

1. Belum adanya jaminan pasar yang membuat industri BBO mampu memproduksi sesuai jumlah minimal keekonomian.
2. Industri farmasi belum memaksimalkan BBO produksi dalam negeri.
3. Ketidaktepatan waktu dalam penyiapan infrastruktur karena kendala regulasi, kompleksitas investasi, impotensi dan pemasangan mesin, peralatan dan bahan pendukung serta status keberhasilan dalam melakukan pengembangan/validasi kualitas produk.

1. untuk melakukan pengolahan plasma juga masih terbatas. Untuk persiapan pengiriman plasma, beberapa hal yang sedang berproses antara lain persetujuan *Plasma Master File* dan validasi proses pengiriman

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

1. Melakukan langkah strategis dalam pemberian jaminan pasar bagi BBO produksi dalam negeri melalui substitusi produk impor dengan memberikan fasilitasi *change source*.
2. Diperlukan kerja sama lintas kementerian/ lembaga dalam memastikan penggunaan BBO produksi dalam negeri.
3. Untuk mendorong tercapainya volume plasma yang dibutuhkan, telah dilakukan *Workshop Plasma Master File*, fasilitasi pembahasan *Plasma Supply Agreement*, fasilitasi percepatan sertifikasi CPOB UPD RS Vertikal, serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala bersama dengan unit kerja lain untuk penyelenggaraan fraksionasi plasma. Selain itu, juga perlu dilakukan koordinasi untuk

pengembangan sistem pengelolaan plasma dan sistem distribusi plasma.

4. Melakukan monitoring dan evaluasi serta koordinasi secara intensif dengan industri dan *stakeholder* terkait untuk percepatan pengembangan dan persetujuan izin edar guna mengatasi keterlambatan pengembangan produk biologi.
5. Memberikan fasilitasi perluasan pasar dalam dan luar negeri melalui *business matching*, pameran serta penarikan investor dan *principal* untuk transfer teknologi yang dapat dimanfaatkan oleh industri.
6. Membangun ekosistem pasar nasional yang mendukung penyerapan produk biologi melalui perluasan dalam pembiayaan kesehatan pengembangan produk bioteknologi berbasis *Health Technology Assessment*.

3.7.2 Jumlah Alat Kesehatan 10 Terbesar by Volume dan Value yang

Definisi operasional indikator adalah Jumlah kumulatif alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang telah mampu diproduksi di dalam negeri. Cara Perhitungan Indikator adalah Jumlah

alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang telah mampu diproduksi di dalam negeri yang dihitung secara kumulatif setiap tahun

Tabel 3.28  
Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Alat Kesehatan 10 Terbesar by Volume dan Value yang Diproduksi Dalam Negeri

| Indikator Kinerja                                                                  | Realisasi Kinerja |                |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                                                                    | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri | 17                | 17             | 100              |

### Analisa Pencapaian Target Indikator:

Indikator ini bertujuan untuk mewujudkan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh melalui penguatan kemandirian alat kesehatan dalam negeri.

Indonesia mulai bangkit dengan kesadaran penuh akan perlunya memperkuat sektor alat kesehatan dalam negeri. Namun, saat ini pasar alat kesehatan di Indonesia masih didominasi dengan produk impor, terutama untuk produk alat kesehatan teknologi menengah dan tinggi. Dari total transaksi alat kesehatan sebesar Rp29,2 triliun, sebesar 51,8% atau Rp15 triliun masih merupakan produk impor. Dominasi alat kesehatan impor di Indonesia harus diantisipasi dengan penguatan kemandirian, di antaranya yaitu meningkatkan daya saing industri alat kesehatan dalam negeri yang dikerahkan melalui pengembangan inovatif berbasis riset.

Pemerintah telah menetapkan program dan kebijakan untuk mendorong ketahanan alat kesehatan, salah satunya melalui Pendekatan Triple Helix. Triple helix adalah suatu pendekatan dalam menciptakan sinergi kerjasama dari tiga aktor/ pelaku yaitu akademika (*A/academic*), bisnis (*B/business*), dan pemerintah (*G/government*) untuk membangun ekonomi berbasis pengetahuan (*knowledge-based economy*). Ekosistem yang

lengkap akan inovasi dapat terbentuk jika sudah ada kemitraan tiga pihak yang kuat antara dunia penelitian (*akademisi*), dunia swasta (*usaha*) sebagai pihak yang memanfaatkan hasil penelitian, dan pemerintah yang memfasilitasi terjadinya inovasi.

Pada tahun 2023, realisasi indikator Jumlah alat kesehatan 10 terbesar *by volume* dan *value* yang diproduksi dalam negeri memiliki target sebesar 11 alat kesehatan dan realisasi sebanyak 11 alat kesehatan, sehingga capaian yang diperoleh sebesar 100,00%. Pada Tahun 2024, realisasi indikator kinerja jumlah alat kesehatan 10 terbesar *by volume* dan *value* yang diproduksi dalam negeri sebesar 17 alat kesehatan dari target 17 alat kesehatan, sehingga capaian yang diperoleh sebesar 100,00%. Realisasi indikator di pertengahan tahun kelima Renstra menunjukkan hal yang positif karena telah mencapai target periode akhir tahun Renstra 2020–2024 yakni 17 alat kesehatan.

### Grafik 3.54

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Alat Kesehatan 10 Terbesar *by Volume* dan *Value* Tahun 2024

Sumber data : : Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan



Alat kesehatan yang di produksi di dalam negeri, dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 3.34**  
Daftar Alat Kesehatan yang di Produksi di Dalam Negeri Tahun 2024  
*Sumber data: : Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan*

| No | Nama Pabrik                           | Nama Produk                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Jenis Produk                                                                                                                             | NIE                                                                                                                                                                                                                           |
|----|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | PT Swayasa Prakarsa                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• VENINDO V-01 ICU Ventilator</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Continuous venti-lator</li></ul>                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• AKD 20403220252</li></ul>                                                                                                                                                             |
| 2  | PT Mindray Medical Indonesia          | <ul style="list-style-type: none"><li>• MINDRAY Digital Ultrasonic Diagnostic Imaging System</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ultrasonic pulsed doppler imaging system</li></ul>                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• AKD 21501220208</li></ul>                                                                                                                                                             |
| 3  | PT Gerlink Utama Mandiri              | <ul style="list-style-type: none"><li>• GERLINK Endoscopy Camera System 01</li><li>• GL ECS-01 - Endo-scope Camera System</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Endoscopy</li></ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>• AKD 20801220158</li></ul>                                                                                                                                                             |
| 4  | PT PCI Elektronik Internasional Batam | <ul style="list-style-type: none"><li>• VERSANA PREMIER Ultrasound System</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ultrasonic pulsed doppler imaging system</li></ul>                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• AKD 21501220485</li></ul>                                                                                                                                                             |
| 5  | PT PCI Elektronik Internasional Batam | <ul style="list-style-type: none"><li>• B105M Patient Monitor</li><li>• B125M Patient Monitor</li><li>• B155M Patient Monitor</li><li>• B105P Patient Monitor</li><li>• B125P Patient Monitor</li></ul>                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Patient Monitor</li></ul>                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• AKD 20501220484</li><li>• AKD 20501220485</li><li>• AKD 20501220486</li><li>• AKD 20501220487</li><li>• AKD 20501220488</li></ul>                                                     |
| 6  | PT D&V Interna-tional Makmur Gemilang | <ul style="list-style-type: none"><li>• MINDRAY Patient Monitor uMEC 12A</li><li>• MINDRAY Patient Monitor BeneVision M19</li><li>• MINDRAY Patient Monitor BeneVision M12</li><li>• MINDRAY Patient Monitor ePM 15A</li><li>• MINDRAY Patient Monitor BeneVision M15</li><li>• MINDRAY Patient Monitor ePM 12A</li><li>• MINDRAY Patient Monitor ePM 12MA</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Patient Monitor</li><li>• Cardiac monitor (including cardi-otachometer and rate alarm)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• AKD 20502320462</li><li>• AKD 20502320453</li><li>• AKD 20502320454</li><li>• AKD 20502320455</li><li>• AKD 20502320456</li><li>• AKD 20502320457</li><li>• AKD 20502320461</li></ul> |

| No | Nama Pabrik                      | Nama Produk                                                                                                                                                                              | Jenis Produk                                                                                                                            | NIE                                                                                                                                          |
|----|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7  | PT Hospi Niaga Utama             | <ul style="list-style-type: none"> <li>COLINN Patient Monitor M15</li> <li>COLINN Patient Monitor M11</li> <li>COLINN Patient Monitor M12</li> <li>COLINN Patient Monitor M10</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Patient Monitor</li> <li>Cardiac monitor (including cardi-otachometer and rate alarm)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>AKD 20502320518</li> <li>AKD 20502320519</li> <li>AKD 20502320517</li> <li>AKD 20502320509</li> </ul> |
| 8  | PT PCI Electronic Internasional  | <ul style="list-style-type: none"> <li>VERSANA ESSENTIAL Ultrasound System</li> </ul>                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ultrasonic Pulsed Doppler Imaging System</li> </ul>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>AKD 21501320899</li> </ul>                                                                            |
| 9  | PT Mursmedic Jaya Mandiri        | <ul style="list-style-type: none"> <li>MINDRAY BC-11 Auto Hematology Analyzer and Accessories</li> <li>MINDRAY BC-31 Auto Hematology Analyzer and Accessories</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hematology Analyzer</li> <li>Automated differential cell counter</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>AKD 20205320276</li> <li>AKD 20205320277</li> </ul>                                                   |
| 10 | PT Poly Jaya Medikal             | <ul style="list-style-type: none"> <li>INDORAY X-Ray Mobile DR 400</li> <li>INDORAY Radiographic X-Ray Mobile High Frequency 100</li> </ul>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>X-Ray Mobile</li> </ul>                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>AKD 21501321039</li> <li>AKD 21501321038</li> </ul>                                                   |
| 11 | PT Meditronik Hospilab Indonesia | <ul style="list-style-type: none"> <li>ENDO 4D Digital Ultrasound Diagnostic System</li> </ul>                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ultrasonic pulsed doppler imaging system</li> </ul>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>AKD 21501321251</li> </ul>                                                                            |
| 12 | PT Hospi Niaga Utama             | <ul style="list-style-type: none"> <li>MINDRAY Diagnostic Ultrasound System Tipe Z50T</li> <li>MINDRAY Diagnostic Ultrasound System Tipe Consona N6</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ultrasonic pulsed doppler imaging system</li> </ul>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>AKD 21501220254</li> <li>AKD 21501321003</li> </ul>                                                   |
| 13 | PT Jayamas Medica Industri       | <ul style="list-style-type: none"> <li>BIOLIGHT Patient Monitor</li> </ul>                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiac monitor (including cardi-otachometer and rate alarm)</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>AKD 20502420142</li> </ul>                                                                            |



| No | Nama Pabrik                      | Nama Produk                         | Jenis Produk                                                                                    | NIE               |
|----|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 14 | PT Hospi Niaga Utama             | • ZISLINE Patient Monitor SV 12     | • Cardiac monitor (including cardi-otachometer and rate alarm)                                  | • AKD 20502420333 |
| 15 | PT Meditronik Hospileb Indonesia | • ENDO Hematology Analyzer EI.HA.11 | • Peralatan Hema-tologi Otomatis dan Semi Otom-atis (Automated differential cell counter)       | • AKD 20205420185 |
| 16 | PT Kalmed Man-ufaktur Indone-sia | • KALTECH Patient Mon-itor          | • Peralatan Kardi-ologi Pemantauan Cardiac monitor (including cardi-otachometer and rate alarm) | • AKD 20502420023 |

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target adalah:

1. Kolaborasi lintas sektor dalam rangka penguatan jejaring riset dan hilirisasi alat kesehatan dalam negeri.
2. Fasilitasi pengembangan alat kesehatan UMKM dalam rangka memaksimalkan potensi pengembangan alat kesehatan.
3. Koordinasi lintas sektor dalam rangka percepatan riset dan uji klinik alat kesehatan dalam negeri di perguruan tinggi.
4. Peningkatan Kapasitas dalam rangka Harmonisasi Regulasi: Global Harmonization Working Party (GHWP) Capacity Building: Excellence In Medical Device Regulation and Innovation.
5. Peningkatan kapasitas SDM untuk meningkatkan pemahaman dan yang lebih

baik dan keterampilan yang sesuai dengan standar internasional (ISO 14155:2020 CLINICAL INVESTIGATION OF MEDICAL DEVICES FOR HUMAN SUBJECTS – GOOD CLINICAL PRACTICE).

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

1. Kurangnya pemahaman SDM pada persetujuan pelaksanaan uji klinik alat kesehatan.
2. Belum adanya data riset alkes yang komprehensif di perguruan tinggi dan lembaga penelitian.
3. Minimnya ketersediaan bahan baku dan produk setengah jadi untuk industri alat kesehatan sehingga bahan baku dengan spesifikasi persyaratan kualitas medis (*medical grade*) masih belum banyak tersedia di dalam negeri.
4. Belum mendapatkan akses peneliti/dosen

perguruan tinggi dari pihak eksternal (Kemendikbudristek) sesuai kebijakan riset dalam menerapkan Platform Data Sharing pengembangan alat kesehatan.

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

1.

Melaksanakan kegiatan peningkatan kapasitas SDM dalam rangka persetujuan pelaksanaan uji klinik sesuai dengan Permenkes Nomor 63 Tahun 2017 tentang Cara Uji Klinik Alat Kesehatan yang Baik sebagai syarat dasar bagi pelaku usaha industri dan praktisi untuk mampu
2.

Koordinasi lintas program dan lintas sektor untuk mendata hilirisasi produk inovasi riset alat kesehatan di perguruan tinggi.
3.

Melaksanakan FGD percepatan hilirisasi kesiapan bahan baku/komponen alat kesehatan untuk menginventaris ketersediaan industri hulu bahan baku alat kesehatan yang dapat memenuhi standar sesuai persyaratan kualitas medis (medical grade) di Indonesia dan dapat memenuhi beragamnya kebutuhan

3.7.3 Jumlah Vaksin 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri

Definisi operasional indikator adalah Jumlah kumulatif alat kesehatan 10 terbesar by Definisi Operasional Indikator adalah Jumlah kumulatif vaksin 10 terbesar yang dikembangkan dan

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

Tabel 3.35  
Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Vaksin 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri

| Indikator Kinerja                                      | Realisasi Kinerja |                |                  |
|--------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                                        | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri | 17                | 17             | 100              |

### Analisa Pencapaian Target Indikator:

Indikator ini bertujuan untuk mewujudkan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh melalui penguatan kemandirian vaksin dalam negeri melalui peningkatan kemampuan dan kapasitas produksi vaksin lokal.

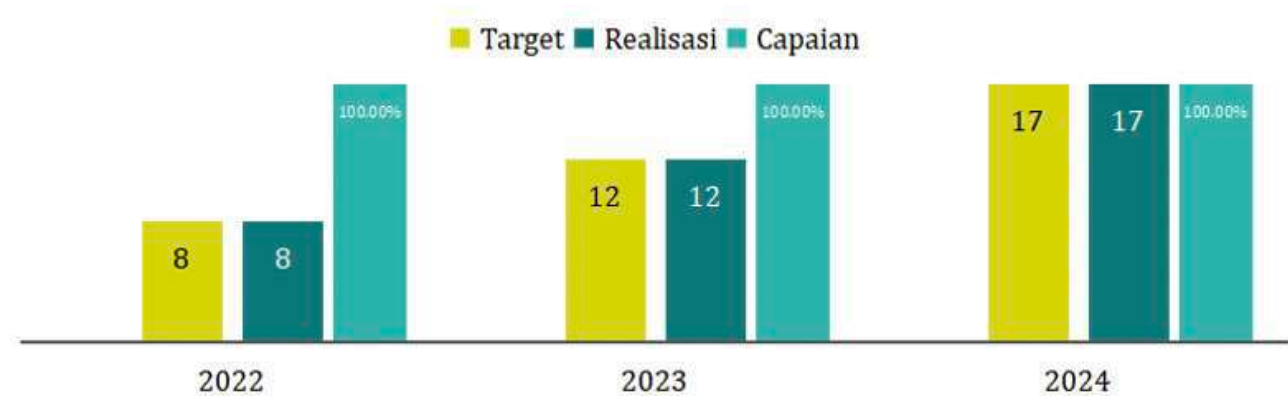
Pada tahun 2023, realisasi indikator kinerja jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri sebesar 12 vaksin, sesuai dengan target yang telah

ditetapkan di dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2020–2024 yaitu sebesar 12 vaksin dengan capaian 100,00%. Pada Tahun 2024, realisasi indikator kinerja Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri sebesar 17 vaksin program dari target sebesar 17 vaksin dengan capaian 100,00%. Realisasi indikator di tahun kelima renstra menunjukkan hal yang positif karena telah mencapai target periode akhir tahun Renstra 2020–2024 yakni sebesar 17 vaksin. Seperti terlihat di grafik berikut:

### Grafik 3.54

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Vaksin 10 terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri Tahun 2024

Sumber data: : Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan



**Tabel 3.40****Daftar Vaksin yang Dikembangkan dan di Produksi Dalam Negeri**

Sumber data: Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan

| No | Nama Produk                                    | Produsen                            | Kemasan                                        |
|----|------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1  | Vaksin BCG Kering                              | PT Bio Farma                        | Ampul berisi serbuk injeksi dan larutan @ 4 ml |
| 2  | Vaksin Td                                      | PT Bio Farma                        | Ampul @ 0,5 ml (1 dosis)                       |
| 3  | Vaksin DTP                                     | PT Bio Farma                        | Vial @ 10 ml                                   |
| 4  | Vaksin TT                                      | PT Bio Farma                        | Vial @ 10 ml                                   |
| 5  | Vaksin Hepatitis B Rekombinan                  | PT Bio Farma                        | Prefilled Syringe (Uniject) @ 1 mL             |
| 6  | Vaksin HiB                                     | PT Bio Farma                        | Vial @ 0,5 ml (1 dosis)                        |
| 7  | Bivalent Oral Poliomyelitis vaccine types 1& 3 | PT Bio Farma                        | Vial @ 1 ml                                    |
| 8  | Vaksin Covid-19 (mRNA)                         | PT. Etana Biotechnologies Indonesia | prefilled syringe 0,5 ml                       |
| 9  | Vaksin Jerap DT                                | PT Bio Farma                        | Vial @ 5 ml                                    |
| 10 | Vaksin Poliomyelitis Inaktif (IPV)             | PT Bio Farma                        | Vial @ 2,5 ml (5 dosis)                        |
| 11 | Vaksin HPV                                     | MSD/PT Bio Farma                    | Vial @ 0,5 ml                                  |
| 12 | Vaksin PCV                                     | PT Etana Biotechnologies Indonesia  | Prefilled syringe @ 0,5ml                      |
| 13 | Vaksin nOPV2                                   | PT Bio Farma                        | Vial @ 5 ml                                    |
| 14 | Vaksin Influenza HA                            | PT Bio Farma                        | Vial @ 0,5 ml                                  |
| 15 | Vaksin Covid-19 (Protein Rekombinas)           | PT Bio Farma                        | Vial @ 5 ml (10 dosis)                         |
| 16 | Vaksin Covid-19 (Virus Inaktivasi)             | PT Biotis                           | Vial @ 5 ml (10 dosis)                         |
| 17 | Vaksin Typoid                                  | PT Bio Farma                        | VIAL @ 2,5 ml (5 dosis)                        |

Tahapan pengembangan vaksin dan produk biologi lazimnya terbagi menjadi 2 tahap, upstream (proses pembuatan seed) dan downstream (proses formulasi dan fill and finish), dan relabelling. Tahapan ini digunakan juga dalam penentuan lingkup kerja sama transfer teknologi antara industri lokal dan industri pemilik teknologi serta untuk penentuan kesiapan produk masuk ke pasar nasional.

Transfer teknologi dilakukan melalui beberapa proses pada umumnya di antaranya gap analysis terhadap fasilitas resipien teknologi yang digunakan sebagai penentu kesepakatan kerjasama, penyiapan fasilitas dan SDM sesuai dengan standar pemberi teknologi dan proses sertifikasi GMP pada fasilitas untuk mendapatkan izin edar.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target adalah:

1. Peresmian *Vaccine Collaborating Centre* (VOLARE), sebuah inisiatif untuk menghimpun *stakeholder* yang terlibat dalam ekosistem pengembangan vaksin yang dibentuk untuk memperkuat kolaborasi nasional dalam rangka mencapai kemandirian dan ketahanan vaksin.
2. Pembahasan prioritas VTD dilakukan bersama dengan *stakeholder* seperti industri, akademisi, pakar, dan kementerian/lembaga terkait untuk menentukan komoditas prioritas untuk vaksin, obat dan diagnostik yang akan dikembangkan dan diproduksi dalam negeri. Dengan adanya prioritas VTD maka sumber daya dapat lebih fokus dikerahkan untuk tercapainya akses dan ketersediaan VTD yang dibutuhkan di Indonesia.
3. Penandatanganan *Memorandum of Understanding* (MoU) untuk meningkatkan akses terhadap obat-obatan dan vaksin di Indonesia antara Kementerian Kesehatan dan Medicines Patent Pool. Tujuan dari MoU ini adalah untuk mendukung akses dan penggunaan produk-produk kesehatan yang dipilih dan diprioritaskan dan memperkuat produksi obat-obatan dan vaksin lokal di Indonesia, termasuk program transfer teknologi mRNA.
4. Monitoring dan evaluasi serta berkoordinasi

secara intensif dengan industri terkait progres pengembangan vaksin dalam negeri. Hal ini dilakukan untuk mengetahui progres pengembangan, kendala serta merumuskan solusi/rekomendasi terkait pengembangan vaksin dalam negeri.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

1. Persiapan fasilitas produksi vaksin karena keterbatasan sumber daya yang ada dan waktu yang cukup panjang. Vaksin mengandung bakteri/virus sehingga fasilitasnya tidak dapat dicampur antara satu produk dengan produk lainnya. Untuk itu, industri vaksin perlu menyiapkan fasilitas produksi khusus seperti yang dialami pada vaksin rotavirus.
2. Riset vaksin yang dikembangkan oleh industri dalam negeri dari tahap hulu/*drug substance* terkendala dalam menemukan antigen yang tepat dan proses pembuatan yang optimal.

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

1. Monitoring dan evaluasi serta berkoordinasi secara intensif dengan Industri untuk mengetahui progres pengembangan, kendala serta merumuskan solusi/rekomendasi terkait pengembangan vaksin dalam negeri.
2. Fasilitasi penjajakan kerjasama transfer teknologi dengan mitra luar negeri .

### 3.8. Sasaran Strategis 8: Menguatnya Surveilans yang Adekuat

Uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 8 sebagai berikut:

**Tabel 3.37**

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 8: Menguatnya Surveilans yang Adekuat

| Indikator Kinerja                                                                                             | Realisasi Kinerja |                |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                                                                                               | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus) | 80                | 89,49          | 111,9            |

#### 3.8.1 Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Respons KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus)

Definisi operasional indikator persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus) adalah kabupaten/kota yang melakukan kegiatan deteksi dan respon penyakit potensial KLB dan faktor risikonya sebagai berikut:

1. Deteksi dini dan respons penyakit potensial KLB/wabah/KKM yakni kabupaten/kota yang melakukan respons sinyal yang muncul pada SKDR minimal 80%.
2. Pemetaan risiko penyakit infeksi emerging yakni kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko untuk sekurangnya tiga penyakit emerging (re/new emerging) yang sudah ditentukan.
3. Pengendalian vektor yakni presentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 25% puskesmasnya melakukan surveilans/pengendalian vektor dan/atau binatang pembawa penyakit.

Cara perhitungan indikator yakni jumlah kabupaten/kota yang melakukan dan mencapai tiga target upaya deteksi dini dan respons penyakit potensial

KLB dan faktor risikonya dibagi dengan jumlah seluruh kabupaten/kota (514) di kali 100.

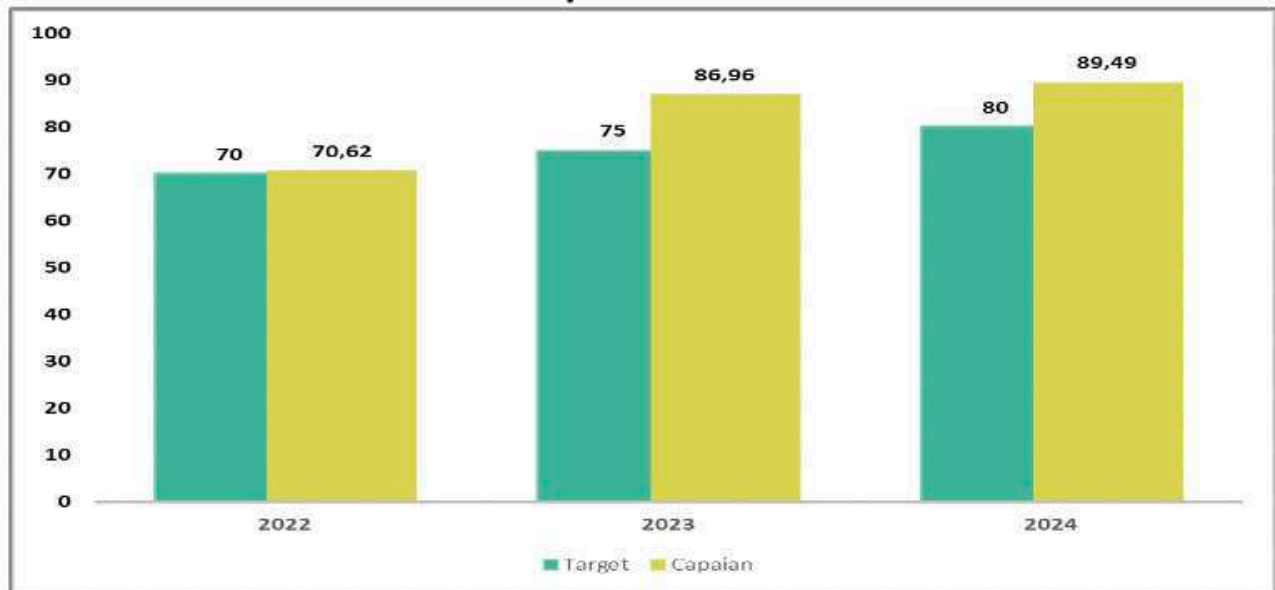
Kabupaten/kota yang masuk dalam perhitungan pencapaian adalah yang memenuhi semua target upaya 1, 2, dan 3 jika salah satu target/upaya tidak terpenuhi maka kabupaten/kota terkait tidak masuk dalam perhitungan pencapaian.

Pada tahun 2024 capaian untuk indikator persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah telah melebihi target yakni tercapai 89,49% dari target 80% dengan capaian kinerja sebesar 111,9%. Indikator persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah merupakan indikator baru dalam Revisi Renstra Tahun 2022, sehingga perbandingan dengan tahun 2020–2021 tidak bisa dibandingkan. Perbandingan target dan capaian indikator persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah digambarkan dalam grafik berikut ini:



**Grafik 3.55****Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Respons KLB/Wabah**

Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024



Grafik di atas menunjukkan capaian indikator tahun 2022–2024 telah mencapai target dari yang ditetapkan. Pada tahun 2024 sebanyak 460 kabupaten/kota telah mencapai indikator nasional dengan tercapainya ketiga indikator komposit deteksi dan respons penyakit potensial KLB dan faktor risikonya dan masih ada 54 kabupaten/kota yang belum tercapai semua indikator komposit di atas.

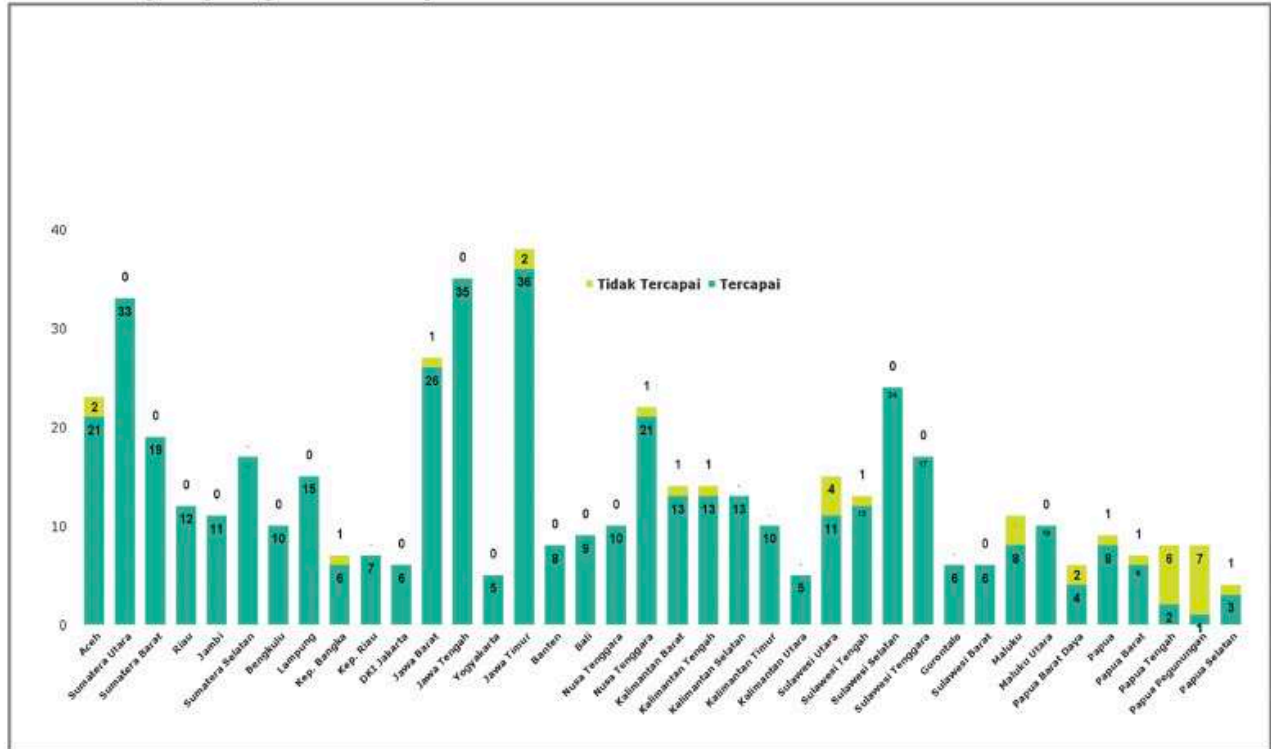
Indikator ini merupakan hasil dari tiga indikator komposit yakni SKDR, pemetaan risiko dan pengendalian vektor dengan hasil sebagai berikut:

1. Kabupaten/kota yang melakukan respons sinyal yang muncul pada SKDR minimal 80% telah tercapai 93%. Capaian per provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

### Grafik 3.56

Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Melakukan Respons Sinyal yang Muncul pada SKDR Minimal 80% Berdasarkan Provinsi

Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024



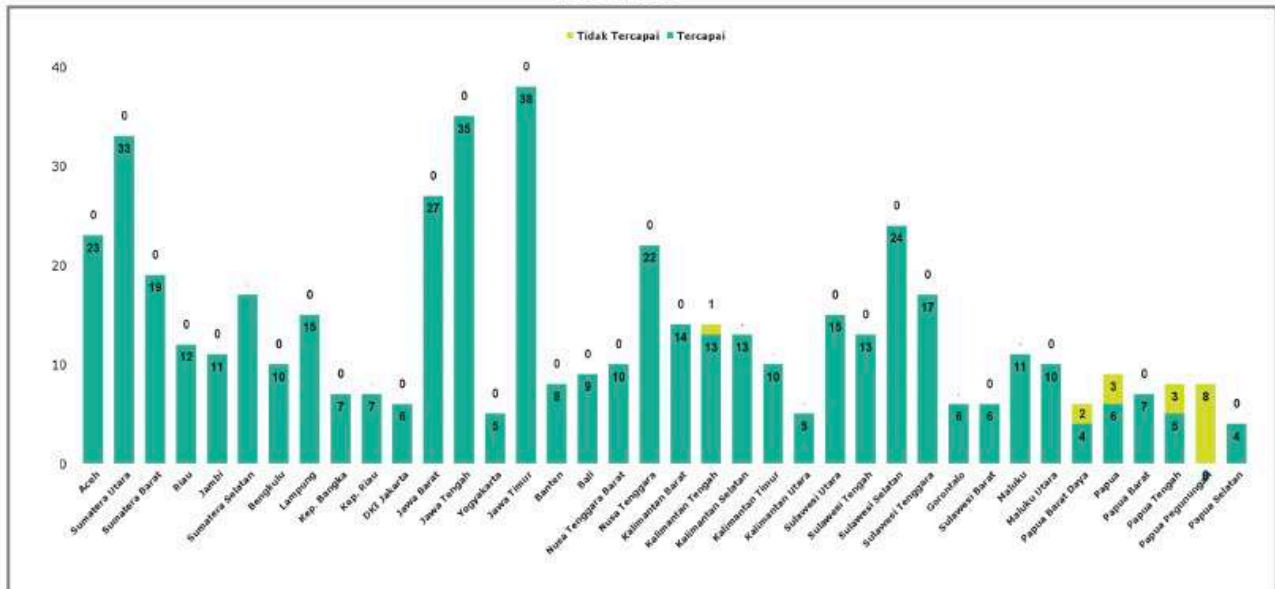
Grafik di atas menunjukkan, secara nasional terdapat 479 kabupaten/kota dari 510 kabupaten/kota yang muncul alert telah melakukan respons kabupaten/kota minimal 80%

2. Kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko untuk sekurangnya 3 (tiga) penyakit emerging (re/new emerging) yang sudah ditentukan adalah 97%. Capaian per provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

### Grafik 3.57

#### Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Melakukan Pemetaan Risiko untuk Sekurangnya Tiga Penyakit Emerging (Re/New Emerging) Berdasarkan Provinsi

Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024



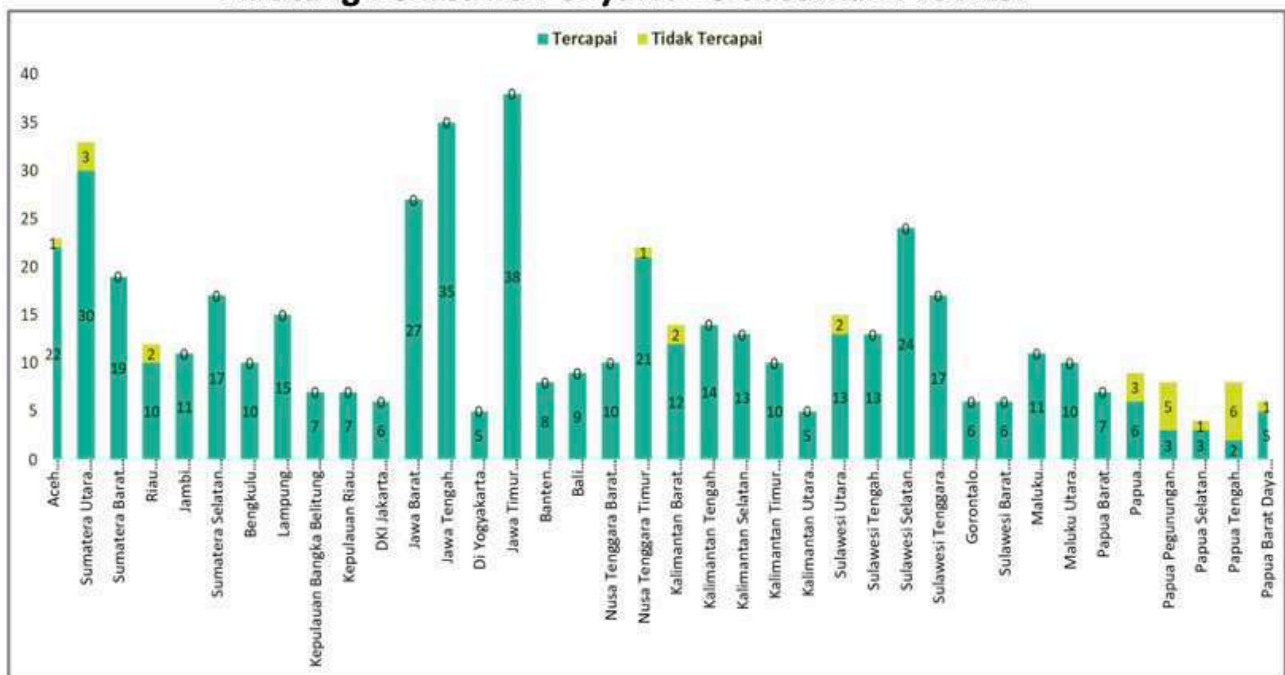
Grafik di atas menunjukkan bahwa terdapat 497 kabupaten/kota yang telah melakukan pemetaan risiko dengan persentase tertinggi terdapat pada Provinsi Jawa Tengah dan Sumatera Utara dan terendah pada Papua Pegunungan.

- Kabupaten/kota yang memiliki minimal 25% puskesmasnya melakukan surveilans/pengendalian vektor dan/atau binatang pembawa penyakit adalah 95%.

### Grafik 3.58

Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Memiliki Minimal 25% Puskesmasnya Melakukan Surveilans/ Pengendalian Vektor dan/atau Binatang Pembawa Penyakit Berdasarkan Provinsi

Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024



Grafik di atas menunjukkan terdapat 487 kabupaten/kota yang memiliki minimal 25% puskesmas melaksanakan surveilans/pengendalian vektor.

Untuk mencapai target indikator dilakukan upaya melalui kegiatan antara lain:

1. Evaluasi Kinerja SKDR Provinsi yang bertujuan untuk menilai hasil implementasi SKDR di kabupaten/kota dan mengidentifikasi permasalahan di wilayah.
2. Koordinasi dengan LP/LS dalam rangka penguatan program surveilans
3. Dukungan SMS Gateway SKDR dan WhatsApp Business API (WABA) Gateway SKDR untuk pelaporan penyakit mingguan SKDR.
4. Pelatihan analisis data dan komunikasi untuk dua provinsi.
5. Pertemuan nasional SKDR yang melibatkan Kabid P2P Dinkes Provinsi, penanggung jawab SKDR tingkat provinsi, penanggung jawab SKDR dua kabupaten/kota terpilih dari setiap provinsi.
6. Supervisi kewaspadaan dini dan respons penyakit potensial KLB.
7. Pelaksanaan *on the job training* (OJT) pemetaan risiko dengan melibatkan seluruh provinsi yang akan menjadi pengarah dalam pelaksanaan pemetaan risiko untuk seluruh kabupaten/kota yang ada di wilayahnya.
8. Pendampingan penyusunan pemetaan risiko PIE yang dilaksanakan dengan mengunjungi 34 provinsi dan beberapa kabupaten/kota yang membutuhkan penguatan.
9. Evaluasi pelaksanaan pemetaan risiko PIE untuk menilai hasil dari pemetaan risiko yang telah dilakukan kabupaten/kota termasuk identifikasi isu prioritas yang perlu ditindaklanjuti untuk memperbaiki tingkat risiko.
10. Supervisi surveilans dan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit yang dilaksanakan di dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota.
11. Pendampingan pelatihan entomologi

kesehatan merupakan kegiatan pendampingan sebagai fasilitator dalam peningkatan kapasitas tenaga entomolog kesehatan atau pengelola program pengendalian vektor di tingkat provinsi/kabupaten/kota dan puskesmas.

12. Supervisi sistem informasi surveilans vektor dan binatang pembawa penyakit (Silantor) di provinsi/kabupaten/kota.
13. Sosialisasi sistem informasi surveilans vektor dan binatang pembawa penyakit (Silantor) yang dilaksanakan secara virtual dengan peserta dinas kesehatan provinsi, provinsi/kabupaten/kota dan puskesmas.
14. Pengadaan bahan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit untuk mendukung kegiatan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit di daerah.
15. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dalam pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit yang dilaksanakan bersama mitra.

Indikator ini telah mencapai target pada tahun 2024, faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target antara lain:

1. Penyampaian feedback kinerja SKDR mingguan dalam bentuk buletin SKDR yang disampaikan secara berjenjang ke provinsi/kabupaten/kota dan puskesmas.
2. Evaluasi bulanan pencapaian target indikator SKDR per provinsi dan kabupaten/kota.
3. Tersedianya pedoman dan SOP dalam pelaksanaan kewaspadaan dini, pemetaan faktor risiko dan pelaksanaan surveilans vektor dan binatang pembawa penyakit.
4. Evaluasi bulanan pencapaian target indikator pengendalian vektor per provinsi dan kabupaten/kota oleh penanggung jawab binwil.
5. Pendampingan pelatihan kepada pengelola pengendalian vektor di daerah.

6. Pendampingan penyusunan pemetaan risiko PIE yang dilaksanakan dengan mengunjungi 34 provinsi dan beberapa kabupaten/kota yang membutuhkan penguatan.
7. Pemberian reward terhadap provinsi yang telah melakukan pemetaan risiko PIE sesuai dengan waktu yang ditargetkan.
8. Pemberian umpan balik dari hasil pelaksanaan pemetaan risiko PIE.
2. Pelatihan tenaga fungsional epidemiologi (*frontline* dan *intermediate*).
3. Pelatihan TGC untuk puskesmas dan kabupaten/kota.
4. Feedback berupa buletin SKDR tingkat nasional dan provinsi secara rutin per bulan.
5. Penguatan advokasi dan bimbingan teknis ke dinas kesehatan provinsi/kabupaten kota.

Dalam upaya pencapaian indikator ditemukan faktor yang menjadi penghambat dalam pencapaian indikator, yakni:

1. Komitmen dan dukungan pemangku kebijakan di daerah.
2. Masih terbatasnya tenaga epidemiologi di unit pelapor di provinsi/kabupaten/kota dan turn over petugas terlatih yang tinggi.
3. Hasil dari pemetaan risiko belum dimanfaatkan secara optimal untuk mengurangi risiko dampak dari penyebaran penyakit infeksi emerging.
4. Beberapa kabupaten/kota yang sudah mengisi tapi hasil pengisiannya menunjukkan hasil eror.
5. Pengalih tugas pemegang program yang sudah dilatih pemetaan penyakit infeksi emerging.
6. Masih terbatasnya tenaga entomolog kesehatan dan tenaga terlatih di unit pelapor di provinsi/kabupaten/kota.
7. Anggaran daerah untuk program pengendalian vektor belum menjadi prioritas.
8. Pemberian alih tugas pengelola pengendalian vektor yang sudah dilatih sehingga diperlukan pelatihan kembali kepada petugas yang baru.
6. Berkoordinasi dengan Badan Kepegawaian Daerah (BKD) untuk membuat peta jabatan epidemiologi di RS.
7. Untuk puskesmas yang koneksi internetnya kurang, maka dinas kesehatan kabupaten harus memasukkan laporannya ke dalam situs SKDR
8. Penguatan anggaran dan penambahan menu kegiatan untuk mendukung capaian program pengendalian vektor melalui dekonsentrasi dan DAK (BOK).
9. Feedback berupa surat yang berisi laporan capaian provinsi secara rutin.
10. Pelatihan tenaga entomolog kesehatan di tingkat provinsi/kabupaten/kota dan puskesmas.
11. Sosialisasi vektor dan binatang pembawa penyakit tentang Silantor 2.0 dan kewaspadaan dini terhadap isu KLB dan penyakit akibat tular vektor dan zoonotik baik luring atau daring kepada daerah.
12. OJT dan pendampingan pelatihan tentang surveilans dan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit di daerah.
13. Pemantauan pemanfaatan hasil pemetaan risiko termasuk pemantauan rekomendasi hasil pemetaan risiko yang telah ditindaklanjuti dan melakukan bimbingan teknis kabuapten/kota yang belum memanfaatkan pemetaan risiko.

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

1. Advokasi dan asistensi ke daerah secara rutin.



3.9. Sasaran Strategis 9: Menguatnya Sistem Penanganan Bencana

Uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 9 sebagai berikut:

**Tabel 3.43**  
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 9: Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan

| Indikator Kinerja                                                                                             | Realisasi Kinerja |                |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|--------------------------|
|                                                                                                               | Target 2024       | Realisasi 2024 | % Realisasi Kinerja 2024 |
| Persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus) | 38                | 38             | 100                      |

3.9.1 Persentase Provinsi yang Sudah Memiliki Sistem Penanganan Bencana dan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Sesuai

Definisi operasional dari indikator ini adalah jumlah provinsi yang memiliki Tim Penanganan Bencana dan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat sesuai standar dan provinsi yang memiliki tenaga cadangan terlatih untuk penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar.

Cara perhitungan indikator jumlah provinsi yang memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan, ditunjukkan melalui SK Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau SK Klaster Kesehatan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.

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

Data capaian pada indikator sasaran strategis yakni jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar sampai akhir tahun anggaran 2024 adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.44**  
Capaian Kinerja Indikator Sistem Penanganan Bencana

| Indikator Sasaran Strategis                                                                                       | Capaian 2021 | Capaian 2023 | Target 2024 | Capaian 2024 (%) | Keterangan                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar | -            | 34 (100%)    | 38          | 100              | Jumlah provinsi yang memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan, ditunjukkan melalui SK Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau SK Klaster Kesehatan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi |

Adapun jumlah provinsi yang sudah memiliki SK Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau SK Klaster Kesehatan adalah sebagaimana dalam tabel berikut:

**Tabel 3.45**  
 Jumlah Provinsi yang Sudah Memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau Klaster Kesehatan Sampai dengan Akhir Semester I Tahun 2024 (Pusat Krisis)

| Provinsi yang sudah memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau Klaster Kesehatan | No | Provinsi yang sudah memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau Klaster Kesehatan | No |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Provinsi Jambi                                                                     | 1  | Provinsi Bengkulu                                                                  | 20 |
| Provinsi Kepulauan Bangka Belitung                                                 | 2  | Provinsi Aceh                                                                      | 21 |
| Provinsi Sulawesi Selatan                                                          | 3  | Provinsi Kepulauan Riau                                                            | 22 |
| Provinsi Bali                                                                      | 4  | Provinsi Nusa Tenggara Barat                                                       | 23 |
| Provinsi DKI Jakarta                                                               | 5  | Provinsi Lampung                                                                   | 24 |
| Provinsi Banten                                                                    | 6  | Provinsi Kep. Bangka Belitung                                                      | 25 |
| Provinsi Sumatera Selatan                                                          | 7  | Provinsi Jawa Barat                                                                | 26 |
| Provinsi Sulawesi Tengah                                                           | 8  | Provinsi Jawa Tengah                                                               | 27 |
| Provinsi Kalimantan Selatan                                                        | 9  | Provinsi D.I. Yogyakarta                                                           | 28 |
| Provinsi Maluku Utara                                                              | 10 | Provinsi Jawa Timur                                                                | 29 |
| Provinsi Kalimantan Barat                                                          | 11 | Provinsi Kalimantan Utara                                                          | 30 |
| Provinsi Sulawesi Utara                                                            | 12 | Provinsi Sumatera Utara                                                            | 31 |
| Provinsi Sulawesi Barat                                                            | 13 | Provinsi Riau                                                                      | 32 |
| Provinsi Nusa Tenggara Timur                                                       | 14 | Provinsi Kalimantan Tengah                                                         | 33 |
| Provinsi Kalimantan Timur                                                          | 15 | Provinsi Sumatera Barat                                                            | 34 |
| Provinsi Maluku                                                                    | 16 | Provinsi Papua Selatan                                                             | 35 |
| Provinsi Papua                                                                     | 17 | Provinsi Papua Barat Daya                                                          | 36 |
| Provinsi Papua Barat                                                               | 18 | Provinsi Papua Pegunungan                                                          | 37 |
| Provinsi Gorontalo                                                                 | 19 | Provinsi Papua Tengah                                                              | 38 |

Keterangan : Provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan krisis kesehatan, realisasinya adalah dinas kesehatan provinsi menyusun SK Klaster Kesehatan.

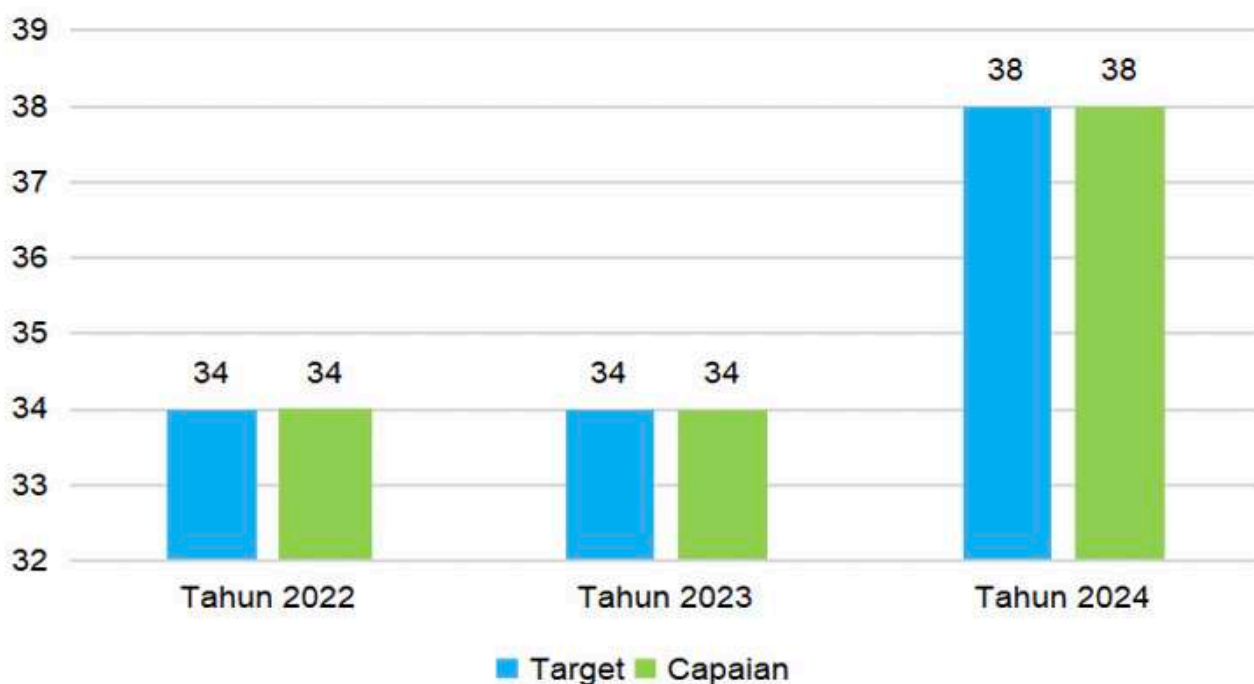
### Analisa Pencapaian:

Pada indikator sistem penanganan bencana yang digunakan oleh Pusat Krisis Kesehatan merujuk pada sasaran pembangunan yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2020–2024. Berdasarkan hal tersebut kemudian diturunkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024. Dasar ini kemudian digunakan sebagai acuan dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan dalam kurun waktu lima tahun.

Dukungan berbagai stakeholder sangat penting dalam upaya pencapaian kinerja Pusat Krisis Kesehatan hingga akhir tahun 2024. Pemerintah dalam hal ini Pusat Krisis Kesehatan sebagai pembuat kebijakan, telah menyediakan kerangka regulasi dan sumber daya yang diperlukan untuk mendukung kegiatan pengurangan risiko krisis kesehatan akibat bencana. Pencapaian ini juga tidak terlepas dari peran berbagai lembaga, baik itu lembaga/organisasi kesehatan di tingkat daerah maupun pusat, serta sektor swasta. Selain itu kolaborasi yang selama ini telah dibangun melalui bentuk kemitraan antar sektor, telah memperkaya perspektif dan praktik baik yang diterapkan di Pusat Krisis Kesehatan.

### Grafik 3.58

Trend Perbandingan Target & Realisasi Indikator Sasaran Strategis Tahun 2022–2024



Jika melihat dalam pencapaian target indikator kinerja selama tiga tahun ke belakang memiliki tren cenderung meningkat. Pada tahun 2022, cutoff penghitungan indikator sasaran strategis dimulai dari bulan Mei. Hal ini disebabkan adanya peralihan dari indikator kinerja lama ke indikator kinerja baru, yang bertujuan untuk menyelaraskan antara strategi dengan kondisi dan kebutuhan terkini. Sehingga pada Semester I tahun 2022 telah berhasil tercapai 8 (delapan) provinsi dari target 34 provinsi (23,53%). Selanjutnya pada bulan Juni–Desember 2022, telah berhasil mencapai 26 provinsi (76,47%), sehingga

memiliki total capaian 34 provinsi (100%) di tahun 2022.

Pada tahun 2023, Pusat Krisis Kesehatan berhasil mempertahankan pencapaian target indikator sasaran strategis yang konsisten dengan tahun sebelumnya, yaitu mencakup 34 provinsi secara penuh. Hal ini menunjukkan keberlanjutan upaya yang efektif dalam memenuhi target capaian strategis organisasi, dengan tingkat keberhasilan sebesar 100%. Keberhasilan ini mencerminkan keseriusan dan efisiensi dalam pelaksanaan

program serta koordinasi antarprovinsi. Selain itu, capaian ini juga mengindikasikan bahwa sistem yang telah diterapkan mampu menjawab kebutuhan krisis kesehatan secara nasional tanpa adanya penurunan kualitas maupun cakupan layanan.

Pencapaian target Pusat Krisis Kesehatan berlanjut hingga tahun 2024, di mana terjadi peningkatan dari sisi jumlah target provinsi yang semula berjumlah 34 provinsi menjadi 38 provinsi. Hal ini merupakan penyesuaian terhadap tambahan empat provinsi pemekaran baru di Indonesia yakni Provinsi Papua Tengah, Papua Selatan, Papua Pegunungan, dan Papua Barat Daya. Tambahan realisasi tiga provinsi berasal dari Papua Barat Daya, Papua Tengah, dan Papua Pegunungan. Sehingga secara akumulasi capaian menjadi 38 provinsi (100%).

Keberhasilan Pusat Krisis Kesehatan dalam mencapai target di 38 provinsi pada tahun 2024 menunjukkan kemampuan organisasi dalam mengelola sumber daya secara efektif dan melakukan koordinasi yang optimal dengan berbagai pemangku kepentingan. Kolaborasi yang solid antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, serta mitra strategis lainnya menjadi salah satu faktor kunci yang mendukung pencapaian ini. Selain itu, penggunaan data yang akurat, perencanaan yang terstruktur, serta respons cepat terhadap krisis kesehatan turut memperkuat keberhasilan dalam mencapai target tersebut.

Dengan pencapaian yang konsisten, diharapkan Pusat Krisis Kesehatan dapat terus meningkatkan kinerjanya di masa mendatang. Fokus utama dapat diarahkan pada penguatan kapasitas mitigasi dan respons di tingkat lokal, khususnya di daerah yang rawan bencana. Selain itu, perluasan cakupan penanganan risiko krisis kesehatan dengan pendekatan yang inovatif dan berkelanjutan akan memastikan perlindungan yang lebih baik bagi masyarakat di seluruh provinsi Indonesia. Hal ini juga akan mendorong terciptanya sistem kesehatan yang lebih tangguh dan adaptif terhadap berbagai tantangan di masa depan.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target ditugaskan Sekretariat Jenderal melalui Pusat Krisis Kesehatan telah merencanakan pelatihan manajemen krisis kesehatan pada tahun

anggaran 2024. Dalam proses pencapaiannya tidak dapat terlepas dari beberapa poin penting, yakni:

1. Respons cepat terhadap situasi krisis, yang melibatkan koordinasi yang baik dengan berbagai pihak terkait, termasuk pemerintah daerah dan pihak swasta;
2. Manajemen dan distribusi sumber daya kesehatan, seperti obat-obatan, vaksin, dan peralatan medis dikelola secara efisien untuk memenuhi kebutuhan yang mendesak.

Pada tahun 2024, Sekretariat Jenderal melalui Pusat Krisis Kesehatan telah melakukan sejumlah kegiatan dalam rangka pencapaian target pada Indikator Sasaran Strategis yakni Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar, meliputi:

1. Melakukan analisis mendalam terhadap kebutuhan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat di setiap provinsi;
2. Mengembangkan standar yang jelas dan terukur untuk sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat, yang sesuai dengan kondisi dan karakteristik setiap provinsi;
3. Mengadakan pelatihan dan pendidikan bagi tenaga medis, relawan bencana, dan petugas lainnya mengenai penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai dengan standar yang telah ditetapkan;
4. Melakukan simulasi dan latihan secara berkala untuk menguji kesiapan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat di provinsi-provinsi yang ditargetkan;
5. Meningkatkan koordinasi antarinstansi terkait seperti pemerintah daerah, lembaga kesehatan, Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), dan pihak terkait lainnya dalam implementasi dan pengembangan sistem tersebut;

1. kesehatan masyarakat yang kuat dan sesuai standar;
2. Menyusun rencana aksi yang terperinci dan berkelanjutan untuk mencapai target jumlah provinsi yang memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar;
3. Mendorong pengembangan kapasitas lokal di setiap provinsi untuk memastikan bahwa mereka memiliki kemampuan yang memadai dalam mengelola dan mengoperasikan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat.

Kegiatan-kegiatan tersebut dirancang untuk memastikan bahwa setiap provinsi memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat yang tidak hanya memenuhi standar, tetapi juga dapat dioperasikan secara efektif dan responsif dalam menghadapi situasi darurat dan bencana.

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

1. Secara umum capaian dalam indikator sasaran strategis ini sudah terpenuhi, yakni 38 provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat;
2. Namun beberapa klaster kesehatan dirasa belum berjalan dengan optimal, khususnya pada masa pra krisis;
3. Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota masih membutuhkan dukungan pusat untuk melakukan upaya pengurangan risiko dan penanggulangan darurat krisis kesehatan.

Dari hal ini, dapat dilihat bahwa permasalahan

tersebut tidak serta merta berada di bawah kendali Pusat Krisis Kesehatan. Permasalahan ini juga memiliki interkoneksi dengan stakeholder lainnya yakni:

1. Klaster kesehatan yang terdiri dari sub klaster pelayanan kesehatan, pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan, kesehatan reproduksi, kesehatan jiwa dan gizi, serta *Disaster Victim Investigation (DVI)* Polri;
2. Sub klaster kesehatan dan tim tersebut dikoordinasi oleh unit utama dan lintas sektor (Polri), sehingga unit utama juga perlu melakukan pembinaan terhadap klaster kesehatan daerah.

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

1. Komitmen tinggi dari pemerintah pusat dan daerah dalam mengimplementasikan dan mendukung pengembangan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar;
2. Kolaborasi yang baik antara berbagai instansi pemerintah, lembaga kesehatan, Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), dan pihak terkait lainnya untuk memastikan sinergi dalam pengembangan sistem penanganan bencana;
3. Ketersediaan anggaran dan sumber daya lainnya yang memadai untuk pengembangan infrastruktur, pelatihan tenaga kerja, dan pengadaan peralatan yang diperlukan;
4. Adanya standar dan pedoman yang jelas mengenai pengembangan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat, serta kesediaan untuk mengadopsi dan menerapkannya secara konsisten di setiap provinsi;
5. Keterlibatan aktif masyarakat dalam proses perencanaan, implementasi, dan evaluasi

sistem penanganan bencana, termasuk melalui pelatihan relawan bencana dan pengembangan kapasitas komunitas;

6. Sistem yang efektif untuk monitoring dan evaluasi terhadap implementasi sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat, serta kemampuan untuk melakukan perbaikan berkelanjutan;
7. Dalam setiap pelaksanaan kegiatan selalu disertai dengan monitoring evaluasi yang berkesinambungan dan serta penggunaan SDM yang tepat.

Faktor-faktor tersebut saling terkait dan saling mendukung untuk mencapai tujuan akhir yaitu meningkatkan jumlah provinsi yang memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Solusi penyelesaian terhadap masalah yang dihadapi untuk menyelesaikan permasalahan mengenai beberapa klaster kesehatan yang belum berjalan dengan optimal, khususnya pada masa krisis diperlukan pendekatan yang lebih holistik dan terintegrasi, di antaranya:

1. Peningkatan koordinasi antar lembaga terkait harus menjadi prioritas, dengan membentuk tim respon cepat yang melibatkan perwakilan dari berbagai sektor, termasuk pemerintah daerah, lembaga kesehatan, dan organisasi masyarakat;
2. Penyusunan rencana kontingensi yang komprehensif dan berbasis data harus dilakukan, mencakup identifikasi potensi risiko, strategi mitigasi, serta alokasi sumber daya yang tepat;
3. Pelatihan dan simulasi berkala bagi Tenaga

### 3.10. Sasaran Strategis 10: Terpenuhinya Pembiayaan Kesehatan yang Berkeadilan pada Kegiatan Promotif dan Preventif

Adapun uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 10 sebagai berikut:

**Tabel 3.46**

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 10: Terpenuhinya Pembiayaan Kesehatan yang Berkeadilan pada Kegiatan Promotif dan Preventif

| Indikator Kinerja                                                                | Realisasi Kinerja |                |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                                                                  | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan | 100               | 158,5          | 158,5*           |

\* data skrining belum terdapat interoperabilitas data.



### 3.10.1 Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan

Definisi operasional indikator persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan adalah persentase cakupan kelompok berisiko peserta JKN sedang dan berat yang mendapatkan layanan skrining kesehatan. Cakupan kelompok berisiko peserta JKN adalah kelompok sasaran berdasarkan usia pada 14 layanan skrining. Sumber data layanan skrining didapatkan dari BPJS Kesehatan. Adapun 14 layanan skrining sebagai berikut:

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

Layanan skrining dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Skrining dengan cara Perhitungan Indikator melalui dua tahap:

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

2. Menghitung Rerata cakupan 14 layanan skrining, dengan cara total cakupan 14 layanan skrining dibagi 14.

Formula penghitungan capaian skrining saat ini didapatkan dari:

1. Pembilang: jumlah skrining pelayanan kesehatan yang dilakukan melalui pemeriksaan gula darah puasa atau post prandial untuk diabetes melitus dan pemeriksaan tekanan darah untuk hipertensi.
2. penyebut: jumlah peserta JKN yang mengisi self assessment melalui skrining riwayat kesehatan (SRK) dengan hasil berisiko menderita penyakit diabetes melitus atau hipertensi.

Perhitungan capaian Indikator Sasaran Strategis (ISS) skrining kesehatan tahun 2024 menggunakan data laporan BPJS Kesehatan sampai dengan 7 Desember 2024 untuk mengetahui jumlah peserta yang melakukan pengisian SRK dan jumlah pemeriksaan gula darah/post prandial yang telah dilakukan. Proyeksi dilakukan untuk mengetahui jumlah pemeriksaan tekanan darah dan jumlah peserta berisiko dari pengisian SRK. Berdasarkan data BPJS Kesehatan dan hasil proyeksi diketahui:

1. Sebanyak 265.179 peserta JKN yang mengisi self assessment memiliki risiko diabetes melitus, dengan jumlah peserta yang dilakukan skrining diabetes melitus (pemeriksaan GDP-GDPP) sebanyak 816.888 peserta atau sebesar 244%. Capaian ini melebihi 100% dikarenakan untuk mendapatkan skrining pemeriksaan gula darah puasa/post prandial, saat ini peserta tidak diharuskan mengisi self assessment terlebih dahulu. Selain itu, cakupan pengisian self assessment secara total sendiri masih sangat rendah yaitu hanya 20% dari seluruh peserta JKN aktif, sehingga capaian skrining dapat melebihi jumlah peserta berisiko.
2. Sebanyak 2.114.079 peserta memiliki risiko hipertensi, dengan jumlah peserta yang dilakukan skrining hipertensi (pemeriksaan tekanan darah) sebanyak 1.611.702 peserta

atau sebanyak 73%. Cakupan pemeriksaan tekanan darah di FKTP masih rendah mengingat biaya yang dilakukan masuk dalam skema pembayaran kapitasi, sehingga potensi pemeriksaan tidak tercatat/terlaporkan tinggi.

Rata-rata persentase cakupan untuk dua penyakit tersebut  $(2308\%+76\%)/2 = 192\%$ . Sehingga dari rata-rata capaian kedua skrining tersebut adalah 192%.

Beberapa dinamika kebijakan telah ditetapkan pada tahun 2023 dan 2024 untuk mengakomodir perluasan manfaat skrining pelayanan kesehatan menjadi 14 layanan skrining Kesehatan yaitu:

1. Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2090/2023 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Skrining Kesehatan dalam Rangka Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
4. Peraturan BPJS No. 3 Tahun 2024 Pelayanan Skrining Riwayat Kesehatan, Pelayanan Penapisan Atau Skrining Kesehatan Tertentu, Dan Peningkatan Kesehatan Bagi Peserta Penderita Penyakit Kronis Dalam Program Jaminan Kesehatan
5. Sosialisasi Implementasi Per BPJS 3/2024 tanggal 4–5 Desember 2024 dengan melibatkan Lintas Program Kemenkes, BPJS Kesehatan, kementerian/lembaga terkait (Kemendagri, Kemenkeu) dan fasilitas kesehatan.

**Tabel 3.47**  
Pelaksanaan Skrining Riwayat Kesehatan Tertentu Diabetes Melitus dan Hipertensi Tahun 2024

Sumber: Data BPJS Kesehatan Desember Tahun 2024

| Jenis Pemeriksaan         | Total Skrining (Orang) | Berisiko (Orang) |
|---------------------------|------------------------|------------------|
| Pemeriksaan GDP dan GDPP  | 43.652.777             | 265.179          |
| Pemeriksaan Tekanan Darah | 43.652.777             | 2.114.079        |

Berdasarkan data skrining riwayat kesehatan dan data skrining layanan kesehatan diketahui bahwa perhitungan capaian target indikator skrining kesehatan hanya dapat mengukur 2 (dua) dari 14 layanan skrining, sebagai berikut:

#### 1. Cakupan kelompok berisiko Diabetes Melitus

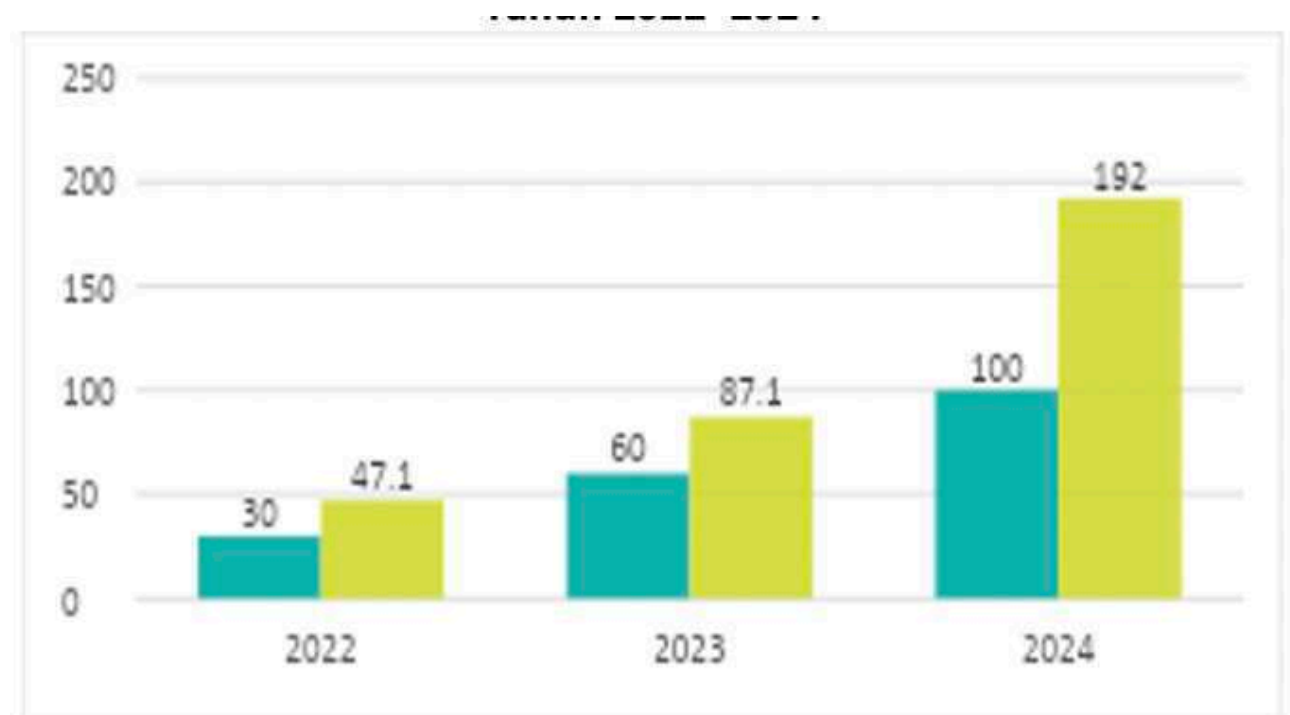
Jumlah peserta dengan hasil skrining riwayat kesehatan untuk resiko DM sedang dan tinggi sebanyak 265.179 orang. Jumlah peserta berisiko DM sedang dan tinggi yang dilakukan skrining layanan kesehatan dengan pemeriksaan GDP dan GDPP sebanyak 816.888 orang, sehingga persentase cakupan peserta berisiko DM sedang dan tinggi yang dilakukan skrining layanan kesehatan dengan pemeriksaan GDP dan GDPP sebesar 308%.

#### 2. Cakupan kelompok berisiko Hipertensi

Jumlah peserta dengan hasil skrining riwayat kesehatan untuk resiko Hipertensi sedang dan tinggi sebanyak 2.114.079 orang. Jumlah peserta berisiko Hipertensi sedang dan tinggi yang dilakukan skrining layanan kesehatan dengan pemeriksaan tekanan darah sebanyak 1.611.702 orang, sehingga persentase cakupan peserta berisiko hipertensi sedang dan tinggi yang dilakukan skrining layanan kesehatan dengan pemeriksaan tekanan darah sebesar 76%.

#### Grafik 3.59

Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan Tahun 2022–2024



Berdasarkan data skrining riwayat kesehatan dan Capaian target Indikator persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan dari tahun 2022 sampai dengan 2024 telah berhasil melampaui target 100%. Tahun 2024 telah tercapai 192%.

Proses pencapaian target yang telah dilakukan sebagai berikut:

1. Ditetapkannya Telah terbit Peraturan presiden nomor 59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2090/2023 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Skrining Kesehatan dalam Rangka Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
3. Telah terbit Peraturan BPJS No. 3 Tahun 2024 Pelayanan Skrining Riwayat Kesehatan, Pelayanan Penapisan Atau Skrining Kesehatan Tertentu, Dan Peningkatan Kesehatan Bagi Peserta Penderita Penyakit Kronis Dalam Program Jamianna Kesehatan.
4. Sosialisasi Implementasi Per BPJS 3/2024 tanggal 4–5 Desember 2024 dengan melibatkan Lintas Program Kemenkes, BPJS Kesehatan, kementerian/lembaga terkait (Kemendagri, Kemenkeu) dan Fasilitas Kesehatan.
5. Telah ada perjanjian/kesepakatan (MoU) Interoperabilitas Data dengan BPJS Kesehatan dan saat ini menunggu proses implementasi.

Permasalahan dalam mencapai target di antaranya:

1. 14 layanan skrining kesehatan sudah masuk dalam amanah Perpres 59 Tahun 2024 dan Permenkes 3 tahun 2023, serta telah ada KMK 2090 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Skrining, tetapi implementasi dari ketentuan tersebut tidak dapat langsung dilakukan di lapangan karena masih menunggu

revisi peraturan BPJS 2 terkait penjaminan skrining dan perbaikan pada sistem informasi pada BPJS Kesehatan (*mobile JKN* dan *P-Care*). Pelaksanaan 14 layanan skrining kesehatan akan dilaksanakan pada tahun 2025.

2. Hasil monitoring yang dilakukan Kementerian Kesehatan terkait indikator Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan, diketahui Kementerian Kesehatan mengalami kesulitan dalam mendapatkan data capaian layanan skrining JKN dari BPJS Kesehatan, mengakibatkan keterlambatan dalam melaporkan capaian indikator skrining kesehatan tersebut.
3. Dalam konteks Pelaksanaan 14 Layanan Skrining Kesehatan ini, Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi hanya mengawal proses penguatan layanan skrining kesehatan dalam melalui regulasi serta monitoring pelaksanaan skrining kesehatan, sedangkan implementasi di lapangan adalah tugas dari BPJS Kesehatan.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan di atas, alternatif solusi yang dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Penguatan Implementasi perluasan 14 layanan skrining Kesehatan di tahun 2025 dengan penyiapan infrastruktur pendukung oleh BPJS Kesehatan
2. Pembahasan perbaikan *dashboard* JKN untuk mengakomodir monitoring pelaksanaan perluasan skrining;
3. Monitoring Implementasi perluasan skrining kesehatan dan interoperabilitas/ pertukaran data pelaksanaan skrining JKN oleh BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan di tahun 2025, sehingga data skrining kesehatan dapat diperoleh secara cepat dan *realtime*.
4. Memasukkan pelaksanaan skrining ke dalam usulan Indikator Capaian Kinerja (ICK) BPJS Kesehatan.

3.11. Sasaran Strategis 11: Menguatnya Pembiayaan Kesehatan Nasional Secara Efektif, Efisien dan Berkeadilan untuk Mencapai *Universal Health Coverage* (UHC)

Adapun uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 11 sebagai berikut:

Tabel 3.23

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 11: Menguatnya Pembiayaan Kesehatan Nasional Secara Efektif, Efisien dan Berkeadilan untuk Mencapai *Universal Health Coverage* (UHC)

| Indikator Kinerja                                             | Realisasi Kinerja |                |                  |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                                               | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Proporsi Out Of Pocket (OOP) terhadap total belanja kesehatan | 20                | 28,6           | 57               |

3.11.1 Proporsi Out Of Pocket (OOP) terhadap total belanja kesehatan

Definisi operasional indikator proporsi out of pocket (OOP) terhadap total belanja kesehatan adalah proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan yang dihasilkan dari produksi National Health Accounts (NHA) T-1. Cara perhitungan indikator proporsi OOP adalah jumlah belanja OOP dibagi total belanja kesehatan dikali 100.

Cara perhitungan persentase realisasi semakin rendah semakin baik adalah proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan merupakan indikator yang menggambarkan besarnya pengeluaran langsung rumah tangga untuk kesehatan dibanding dengan total belanja kesehatan nasional. Indikator ini dihitung berdasarkan data National

Health Accounts (NHA) tahun sebelumnya (T-1)

Proporsi OOP (%) =

$$\left[ \frac{\text{Jumlah Belanja OOP}}{\text{Total Belanja Kesehatan}} \right] \times 100\%$$

Sedangkan untuk mengukur pencapaian target, digunakan rumus sebagai berikut:

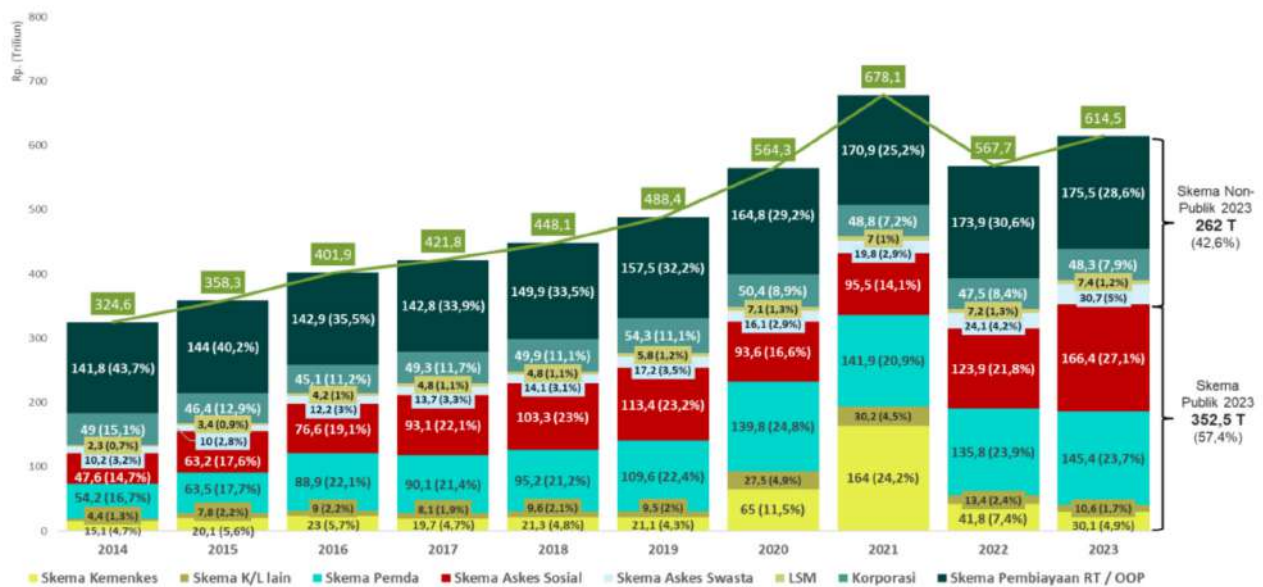
Persentase Realisasi target (%) =

$$\left[ \frac{\text{Target} - (\text{Realisasi} - \text{Target})}{\text{Target}} \right] \times 100\%$$

Berdasarkan perhitungan ini, persentase realisasi target tahun 2024 hanya mencapai 57%. Indikator ini termasuk dalam kategori indikator negatif, di mana semakin kecil proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan, semakin baik capaiannya. Pada tahun 2022, target dapat tercapai berkat peningkatan belanja publik yang signifikan, namun pada tahun 2023 dan 2024, capaian menurun karena pola belanja publik kembali seperti sebelum pandemi.

**Tabel 3.23**

Total Belanja Kesehatan 2014–2023



Belanja kesehatan rumah tangga/OOP dalam kerangka NHA merupakan pengeluaran untuk barang dan jasa kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga, tidak termasuk penggantian biaya dari pihak ketiga (reimburse), bantuan subsidi

(transfer) dan belanja jaminan kesehatan (asuransi). Capaian tahun 2024 indikator proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan erat kaitannya dengan perhitungan belanja OOP pada perhitungan NHA tahun 2023.

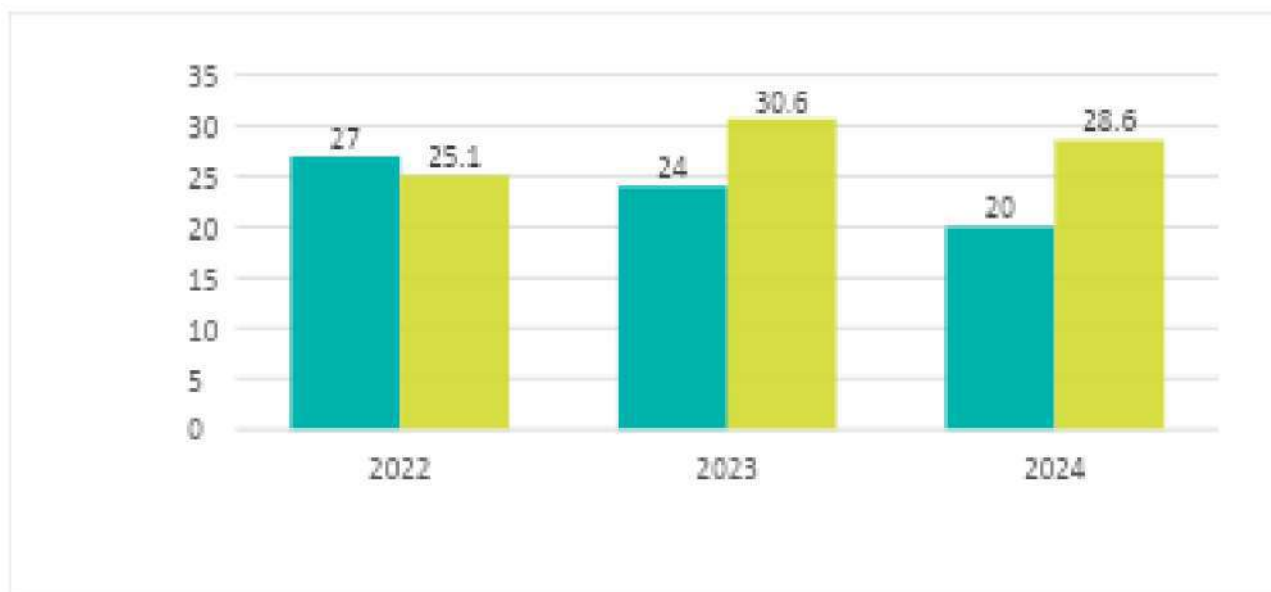


Pada tahun 2024, produksi NHA untuk data tahun 2023 menunjukkan data belanja OOP sebesar Rp 175,5 triliun, sementara total belanja kesehatan mencapai Rp614,5 triliun. Dengan demikian,

proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan mencapai 28,6%, yang masih belum mencapai target tahun 2024 sebesar 20%. Seperti pada grafik berikut:

**Tabel 3.23**

Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Proporsi Out of Pocket (OOP) Terhadap Total Belanja Kesehatan Tahun 2022–2024



Indikator OOP merupakan indikator negatif yaitu semakin kecil proporsi OOP semakin baik capaiannya. Indikator Proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan tahun 2022 berhasil mencapai target karena adanya peningkatan belanja publik, sehingga porsi belanja OOP terhadap total belanja kesehatan semakin rendah. Namun, tahun 2023 dan 2024 belum berhasil mencapai target karena pola belanja publik kembali ke pola sebelum pandemi.

Perolehan angka belanja kesehatan agregat pada tahun 2023, tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Saat ini produksi NHA t-1 sesuai dengan timeline, dengan estimasi *full figure* akan diperoleh pada bulan Agustus dan final NHA 2023 dirilis di Desember 2023. Beberapa aktivitas yang mendukung produksi belanja kesehatan OOP dalam kerangka NHA t-1 adalah:

1. Penyusunan SK Tim Reviewer dan SK Tim Teknis pengolahan data yang mendukung produksi NHA t-1, termasuk pengolahan data belanja

OOP.

2. Triangulasi estimasi perhitungan belanja OOP kepada BPS.

Beberapa faktor penghambat dalam menurunkan OOP di Indonesia berasal dari beberapa faktor. Berikut adalah faktor-faktor utama yang menghambat pencapaian OOP:

1. Keterbatasan cakupan dan efektivitas Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
  - a. Belum semua penduduk terdaftar dalam JKN Masih ada masyarakat, terutama pekerja informal dan kelompok ekonomi menengah ke bawah, yang tidak terdaftar dalam JKN sehingga mereka harus membayar biaya kesehatan sendiri.
  - b. Kepatuhan iuran peserta mandiri yang rendah Banyak peserta mandiri (PBPU)

menunggak iuran menyebabkan kepesertaan tidak aktif sehingga ketika sakit mereka harus membayar sendiri.

- c. Paket manfaat yang belum sepenuhnya komprehensif Beberapa layanan kesehatan masih di luar cakupan JKN, seperti layanan tertentu di RS swasta, beberapa jenis obat dan alat kesehatan.

## 2. Beban biaya tambahan (iur biaya)

- a. Fasilitas kesehatan masih mengenakan biaya tambahan untuk layanan yang tidak sepenuhnya ditanggung BPJS, seperti selisih kelas rawat inap dan penggunaan obat di luar formularium JKN.
- b. Adanya biaya informal (*under the table payment*) di beberapa fasilitas kesehatan yang membebani pasien.

## 3. Keterbatasan anggaran dan pendanaan kesehatan

- a. Proporsi belanja kesehatan dari APBN masih terbatas. Meskipun Indonesia sudah konsisten mengalokasikan anggaran kesehatan dari APBN lebih dari 5% setiap tahunnya namun jika dibandingkan dengan PDB masih sekitar 3%, lebih rendah dibanding negara lain dengan UHC yang lebih mapan.
- b. Meningkatnya beban biaya klaim BPJS Kesehatan sedangkan tarif JKN masih tetap, menunjukkan tantangan keberlanjutan pendanaan JKN yang berdampak pada kemampuan membayar layanan kesehatan secara penuh.

## 4. Distribusi dan kualitas fasilitas kesehatan yang tidak merata

- a. Fasilitas kesehatan yang berkualitas masih terkonsentrasi di kota besar. Pasien di daerah terpencil sering harus berobat ke kota lain, meningkatkan biaya transportasi

dan akomodasi yang harus mereka tanggung sendiri.

- b. Pelayanan primer belum optimal. Banyak masyarakat langsung ke rumah sakit tanpa melewati FKTP (Puskesmas/Klinik) yang mengakibatkan meningkatkan biaya medis.
- c. Waktu tunggu yang lama sehingga banyak peserta yang lebih memilih tidak memanfaatkan JKN dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan untuk menghemat waktu.

## 5. Harga obat dan alat kesehatan yang masih tinggi

- a. Masih ada ketergantungan pada obat impor yang harganya lebih mahal dibanding obat generik lokal.
- b. Belum optimalnya regulasi harga obat dan alat kesehatan, sehingga masyarakat sering membayar lebih untuk pengobatan tertentu.

## 6. Rendahnya literasi kesehatan dan keuangan masyarakat

- a. Masyarakat belum memahami sepenuhnya pentingnya asuransi kesehatan dan manfaat JKN, sehingga tidak memanfaatkannya secara optimal.
- b. Masih ada kepercayaan bahwa layanan kesehatan swasta lebih baik dibanding fasilitas JKN, sehingga mereka memilih berobat ke layanan yang lebih mahal.
- c. Kurangnya kesadaran preventif, sehingga banyak penyakit baru ditangani ketika sudah parah, yang meningkatkan biaya pengobatan.

## 7. Masyarakat tidak memiliki biaya transportasi menuju fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini mendorong masyarakat menuju fasilitas kesehatan yang dekat dengan tempat tinggal walaupun belum bekerjasama dengan BPJS

Dengan permasalahan diatas, diperlukan strategi yang komprehensif dari berbagai aspek kebijakan kesehatan dan pembiayaan. Maka rencana strategi yang dapat dilakukan adalah:

1. Memperkuat JKN agar menurunkan beban OOP
  - a. Meningkatkan kepesertaan dan kepatuhan iuran KN
    - Meningkatkan cakupan kepesertaan, terutama kelompok pekerja informal dan masyarakat kelas menengah yang belum masuk JKN.
    - Mendorong kepatuhan peserta mandiri (PBPJ) dalam membayar iuran agar tidak menunggak dan harus membayar sendiri saat sakit.
  - b. Memperbaiki paket manfaat dan pembayaran pelayanan kesehatan
    - Memperluas cakupan layanan yang dibiayai JKN, termasuk obat-obatan esensial dan tindakan medis yang saat ini masih harus dibayar sendiri oleh pasien.
    - Mengurangi biaya tambahan (*balance billing*) yang dibebankan oleh fasilitas kesehatan dengan menaikkan tarif kapitasi dan INA-CBGs agar rumah sakit tidak mengenakan biaya tambahan.
2. Mengoptimalkan peran asuransi kesehatan swasta sebagai pelengkap JKN
 

Asuransi kesehatan swasta dapat berperan sebagai *supplementary* (tambahan) dan *complementary* (pelengkap) dari JKN untuk menurunkan OOP. Strateginya meliputi:

  - a. Mengembangkan produk asuransi yang melengkapi JKN
    - Mendorong asuransi swasta yang menanggung layanan di luar cakupan JKN, seperti kamar VIP, tindakan kosmetik, atau obat-obatan nongenerik.
    - Menyediakan asuransi swasta yang bisa menanggung selisih biaya (*co-payment*) agar peserta tidak perlu membayar sendiri jika JKN hanya menanggung sebagian.
  - b. Meningkatkan sinergi antara BPJS Kesehatan dan Asuransi Swasta
    - Mengembangkan skema koordinasi manfaat (KAPJ) agar pasien yang memiliki asuransi swasta tidak perlu membayar OOP terlalu besar.
    - Mendorong perusahaan untuk memberikan asuransi kesehatan tambahan bagi pekerja agar pelayanan kesehatan lebih optimal.
3. Meningkatkan pembiayaan kesehatan publik
  - a. Meningkatkan alokasi anggaran kesehatan
    - Meningkatkan belanja kesehatan dari APBN/APBD agar lebih banyak layanan kesehatan yang bisa diberikan secara gratis atau dengan subsidi.
    - Mendorong pajak khusus (*earmarked tax*) untuk kesehatan, seperti cukai rokok, agar dapat mendanai layanan kesehatan masyarakat.
  - b. Mengembangkan skema *Public-Private Partnership* (PPP) dalam pembiayaan kesehatan
    - Mendorong investasi swasta dalam penyediaan layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan.
    - Meningkatkan peran CSR perusahaan dalam mendukung program kesehatan masyarakat.

4. Meningkatkan pembiayaan kesehatan publik
    - a. lebih terkontrol dan lebih banyak obat yang ditanggung JKN.
    - b. Mendorong produksi obat generik berkualitas untuk menekan biaya obat yang sering menjadi komponen besar dalam OOP.
  5. Meningkatkan literasi kesehatan dan keuangan masyarakat
    - a. Edukasi masyarakat tentang manfaat JKN dan asuransi kesehatan swasta, sehingga mereka bisa memilih perlindungan finansial yang tepat.
    - b. Mendorong budaya preventif dan promotif, seperti pola hidup sehat dan skrining kesehatan, untuk mengurangi biaya pengobatan yang tinggi.
- Strategi-strategi ini membutuhkan koordinasi antara pemerintah, BPJS Kesehatan, asuransi

### 3.11.1 SASARAN STRATEGIS 12: MENINGKATNYA PEMENUHAN DAN PEMERATAAN SDM KESEHATAN YANG BERKUALITAS

Uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 12 sebagai berikut:

**Tabel 3.23**

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 12: Meningkatnya Pemenuhan dan Pemerataan SDM Kesehatan yang Berkualitas

Sumber data: Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan

| Indikator Kinerja                                     | Realisasi Kinerja |                |                  |
|-------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                                       | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar | 100               | 61,03          | 61,03            |

Berdasarkan tabel diatas per 31 Desember 2024 dapat disampaikan bahwa realisasi untuk Indikator Sasaran Strategis ini adalah 61,03%, artinya di Indonesia sudah terdapat 61,03% dari 10.944 faskes yang teregistrasi dan laik operasional dengan puskesmas yang memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan dan rumah sakit yang memiliki empat jenis dokter spesialis dasar dan tiga jenis dokter spesialis lainnya sesuai standar dari seluruh puskesmas dan rumah sakit yang ada di Indonesia.

### 3.12.1 PERSENTASE FASKES DENGAN SDM KESEHATAN SESUAI STANDAR

Definisi operasional faskes teregistrasi dan laik operasional dengan sembilan jenis tenaga kesehatan untuk puskesmas, dan RS yang memiliki empat jenis dokter spesialis dasar dan tiga jenis dokter spesialis lainnya sesuai standar untuk RSUD kabupaten/kota baik ASN atau Non ASN yang ditempatkan secara tetap maupun sementara oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan.

Formula perhitungan yakni jumlah puskesmas dengan sembilan jenis tenaga kesehatan dan RSUD kabupaten/kota dengan empat jenis dokter

spesialis dasar dan tiga dokter spesialis lainnya yang teregistrasi dan laik operasional dibagi total puskesmas dan RSUD kabupaten/kota teregistrasi dan laik operasional dikali 100.

Realisasi target di tahun 2024 untuk indikator persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar adalah 100%. Target ini menjadi tantangan besar mengingat setiap tahun kemungkinan adanya penambahan puskesmas baru yang membutuhkan ketersediaan tenaga dokter dan penambahan RS di kabupaten/kota yang memiliki 4 (empat) dokter spesialis dasar dan 3 (tiga) dokter spesialis lainnya.

$$\text{Realisasi} = \frac{\text{Jml puskesmas 9 jenis nakes} + \text{jml RSUD kab kota 4 dr sp dasar 3 dr sp lain}}{\text{total puskesmas dan RSUD}} \times 100 = 61,03$$

$$\text{Realisasi} = \frac{6.133 \text{ puskesmas} + 546 \text{ RSUD}}{10.195 \text{ puskesmas} + 749 \text{ RSUD}} \times 100 = \frac{6.679}{10.944} \times 100 = 61,03$$

Keterangan:

1. Angka 6.133 adalah jumlah total puskesmas yang telah lengkap 9 (sembilan) jenis tenaga kesehatan per 31 Desember 2024 sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan.
2. Angka 10.195 adalah jumlah total puskesmas yang terregistrasi dan laik operasional per 31 Desember 2024 sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan.
3. Angka 546 adalah Rumah Sakit Umum Daerah yang memiliki empat jenis dokter spesialis dasar dan tiga jenis dokter spesialis lainnya sesuai standar untuk RSUD kabupaten/kota baik ASN atau Non ASN yang telah ditempatkan secara tetap maupun sementara oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan

per 31 Desember 2024.

4. Angka 749 adalah jumlah total RSUD kabupaten/kota di Indonesia yang teregistrasi dan laik operasional sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan per 31 Desember 2024.

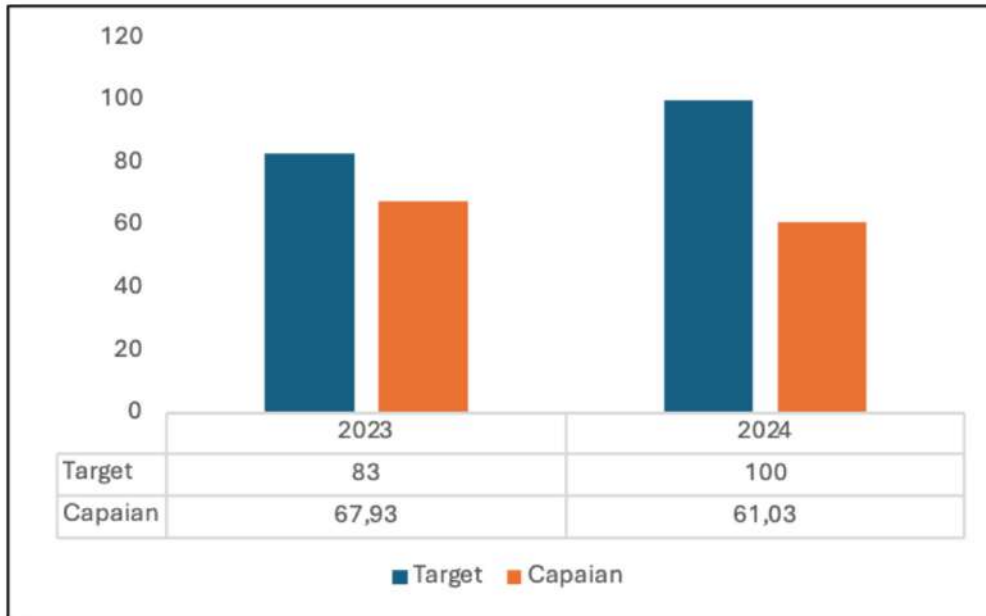
Tautan data dukung:

[https://drive.google.com/file/d/1RSxHWifbbHMuM3vuGTFpVS4OWHmVz\\_Oz/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1RSxHWifbbHMuM3vuGTFpVS4OWHmVz_Oz/view?usp=sharing)

### Grafik 3.62

#### Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Faskes dengan SDM Keseluruhan Sesuai Standar Tahun 2022–2024

Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2024



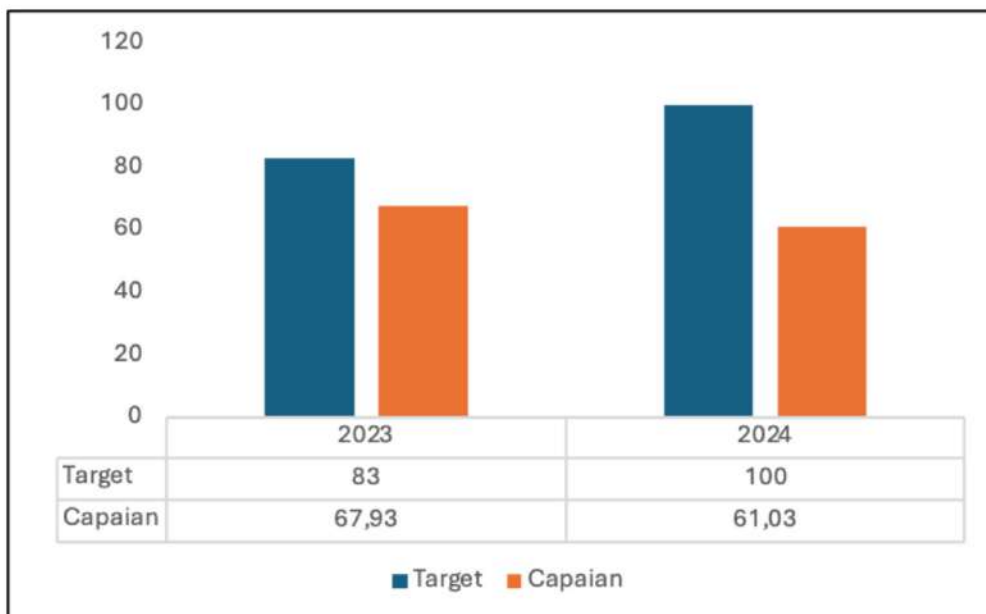
Berdasarkan tabel di atas per 31 Desember 2024 dapat disampaikan bahwa perbandingan target dan realisasi persentase faskes dengan SDM Keseluruhan Standar yakni pada tahun 2023 memiliki target

83% dan realisasi sebesar 67,93% sedangkan pada tahun 2024 memiliki target 100% dengan realisasi 61,03% yang belum mencapai target.

### Grafik 3.63

#### Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Faskes dengan SDM Keseluruhan Sesuai Standar Tahun 2022–2024 (Jangka Menengah)

Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2024





Berdasarkan tabel diatas per 31 Desember 2024 dapat disampaikan bahwa perbandingan target dan realisasi persentase faskes dengan SDM sesuai standar jangka menengah tahun 2022–2024 yakni pada tahun 2022 memiliki target 65% dan realisasi sebesar 64,91% sedangkan pada tahun 2023 memiliki target 83% dengan realisasi 67,93% yang memiliki kenaikan realisasi pada tahun 2022 ke tahun 2023 namun belum mencapai target. Sedangkan pada tahun 2024 capaian indikator ini dengan target 100% mengalami penurunan dibanding tahun 2023, di mana realisasi tahun 2024 adalah 61,03. Realisasi pada indikator ini hingga Renstra 2020–2024 berakhir tetap tidak tercapai.

Analisis penyebab kegagalan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan adalah secara umum indikator ini tidak tercapai sesuai target. Hal ini disebabkan karena adanya beberapa hal sebagai berikut:

1. Formasi dokter/dokter gigi dan nakes PPPK yang dibuka tahun 2023 belum sepenuhnya sesuai kebutuhan prioritas.
2. Rendahnya minat tenaga dokter/dokter gigi dan nakes untuk bekerja sebagai PPPK dan penugasan khusus terutama di Puskesmas rawan konflik, DTPK.
3. Rendahnya komitmen daerah dalam pemberian insentif dokter spesialis yang tidak tepat waktu.
4. Penerapan PP 49/2018 yang membatasi pemenuhan tenaga melalui kontrak daerah.
5. Rendahnya minat dokter spesialis mengikuti PGDS.

Upaya atau solusi yang sudah dilakukan berdasarkan capaian ini, masih diperlukan banyak upaya untuk menambah capaian. Beberapa cara yang sudah dilakukan dalam memenuhi tenaga kesehatan di tahun ini adalah seperti:

1. Penyelesaian rancangan Perpres Bakti Kerja Dokter Spesialis (BKDS), dengan substansi antara lain mengatur pola penempatan dokter spesialis. Saat ini sedang dalam proses pembahasan dengan Sekretariat Negara dan

akan dilanjutkan setelah penetapan PP turunan UU No. 17 Tahun 2023;

2. Penambahan program studi spesialis sembilan penyakit prioritas;.
3. Implementasi academic health system (memperbanyak wahana pendidikan kedokteran di fasilitas pelayanan kesehatan);
4. Penyelenggaraan program studi kedokteran di setiap provinsi. Lewat pemberian program beasiswa dan fellowship serta pemberian afirmasi kepada calon dokter, calon dokter gigi serta tenaga kesehatan lainnya;
5. Pemberian kemudahan regulasi diaspora kesehatan WNI lulusan luar negeri;
6. Pengabdian tenaga kesehatan yang dibiayai pendidikannya sesuai lokus rekomendasi Kemenkes;
7. Rekrutmen CASN (PNS/PPPK) pada institusi kesehatan ditambah pelatihan kesehatan dalam rangka peningkatan dan pemantapan kompetensi;
8. Transfer ilmu dan teknologi diaspora dengan nakes puskesmas dan RS pemerintah.

Efisiensi persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar terkait indikator yang tidak mencapai target, beberapa langkah dapat diambil:

1. Optimalisasi Penempatan Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis Pemantauan dan redistribusi SDM kesehatan dari wilayah dengan kelebihan nakes dan named ke wilayah yang kekurangan dapat membantu memastikan bahwa faskes memiliki SDM yang sesuai standar.
2. Penggunaan Teknologi Informasi Implementasi dan optimalisasi penggunaan SISDMK di SATUSEHAT yang terintegrasi untuk memantau ketersediaan dan kebutuhan SDM di berbagai faskes secara real-time. Ini memungkinkan penyesuaian yang cepat jika terjadi kekurangan.

3. Pelatihan dan Pengembangan SDM  
Menyediakan program pelatihan yang berfokus pada pengembangan keterampilan tenaga kesehatan agar mereka memenuhi standar yang diperlukan. Ini juga termasuk sertifikasi dan peningkatan kompetensi.
4. Peningkatan kemitraan dengan Lembaga Pendidikan Berkolaborasi dengan institusi pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kualitas lulusan yang siap bekerja di Faskes dan sesuai dengan standar yang dibutuhkan.
5. Insentif dan Retensi Tenaga Kesehatan  
Menyediakan insentif bagi nakes dan named yang bekerja di daerah terpencil atau kurang diminati untuk mengurangi tingkat turn over dan meningkatkan retensi.
6. Evaluasi dan Monitoring Berkelanjutan  
Melakukan evaluasi rutin terhadap capaian indikator, sehingga dapat segera diambil tindakan korektif jika terjadi penurunan.
7. Pemangkasan Anggaran yang Non Efektif  
Mengidentifikasi dan mengeliminasi biaya-biaya operasional yang tidak efektif, sehingga anggaran dapat dialokasikan lebih optimal untuk pengadaan dan pengembangan SDM.

### 3.13. SASARAN STRATEGIS 13: MENINGKATNYA KOMPETENSI DAN SISTEM PENDIDIKAN PELATIHAN SDM KESEHATAN

Uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 13 sebagai berikut:

**Tabel 3.50**

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 13: Meningkatnya Kompetensi dan Sistem Pendidikan Pelatihan SDM Kesehatan

Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2024

| Indikator Kinerja                                                             | Realisasi Kinerja |                |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                                                               | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya | 60                | 61,03          | 101,72           |

Berdasarkan tabel diatas per 31 Desember 2024 dapat disampaikan bahwa Indikator Kinerja Strategis Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan yakni Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya pada tahun 2024 memiliki target 60% dengan realisasi kinerja 61,03% atau dengan kata lain memiliki capaian kinerja sebesar 101,72% yang telah mencapai bahkan melebihi target.

### 3.13.1 PERSENTASE FASKES DENGAN SDM KESEHATAN YANG DITINGKATKAN SESUAI KOMPETENSINYA

Definisi operasional indikatornya adalah indikator persentase faskes yang SDM nya telah ditingkatkan kompetensinya tentang sembilan jenis penyakit prioritas (jantung, kanker, DM, ginjal, hati, stroke/otak, KIA, TB, penyakit infeksi).

Formulasi perhitungannya dengan jumlah faskes yang SDM-nya sudah ditingkatkan kompetensinya tentang 9 (sembilan) jenis penyakit prioritas dibagi total faskes yang telah ditetapkan sebagai lokus dikali 100. Realisasinya dihitung seperti ini:

$$\text{Realisasi} = \frac{(\text{jumlah faskes yang sudah ditingkatkan kompetensi 9 jenis penyakit prioritas})}{(\text{total faskes yang ditetapkan sebagai lokus})} \times 100\%$$

$$\text{Realisasi} = \frac{(6.133 \text{ pkm} + 546 \text{ RSUD})}{(10.195 \text{ pkm} + 749 \text{ RSUD})} \times 100\% = \frac{6.679}{10.944} \times 100 = 61,03\%$$

Keterangan:

faskes dari total 10.944 faskes.

1. Sumber data SI SDM per 31 Desember 2024.
2. Jumlah faskes dengan 9 jenis nakes sesuai standar sebanyak 6.679 unit yang terdiri dari 6.133 puskesmas dan 546 RSUD.
3. Jumlah total faskes yang ditetapkan sebagai lokus sebanyak 10.944 unit.

Tautan data dukung:

[https://drive.google.com/file/d/1RSxHWifbbHMuM3vuGTFpVS4OWHmVz\\_Oz/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1RSxHWifbbHMuM3vuGTFpVS4OWHmVz_Oz/view?usp=sharing)

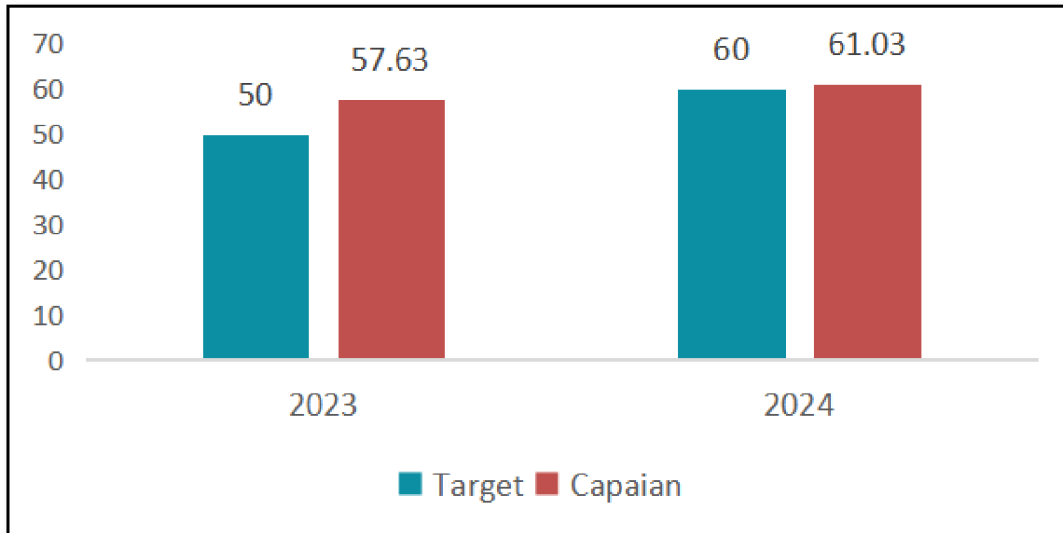
Indikator ini didukung oleh indikator persentase puskesmas dengan sembilan jenis tenaga kesehatan sesuai standar dan indikator persentase RSUD kabupaten/kota yang memiliki empat dokter spesialis dasar dan tiga dokter spesialis lainnya. Sesuai tujuan pemerintah dalam memenuhi kebutuhan tenaga Kesehatan di seluruh fasilitas kesehatan (faskes) di Indonesia, pemerintah perlu meningkatkan seluruh faskes menjadi faskes dengan SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya. Faskes yang memiliki SDM Kesehatan yang kompeten mampu memberikan layanan Kesehatan kepada seluruh masyarakat.

Berdasarkan data yang tersedia, capaian indikator ini melampaui target tahun 2024 yakni 61,03% dari target 60%, artinya 61,03% faskes di Indonesia sudah menjadi faskes dengan SDM yang ditingkatkan kompetensinya, yakni sebanyak 6.679

### Grafik 3.64

Perbandingan Target dan Realisasi Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya pada Tahun 2023 dan 2024

Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2024



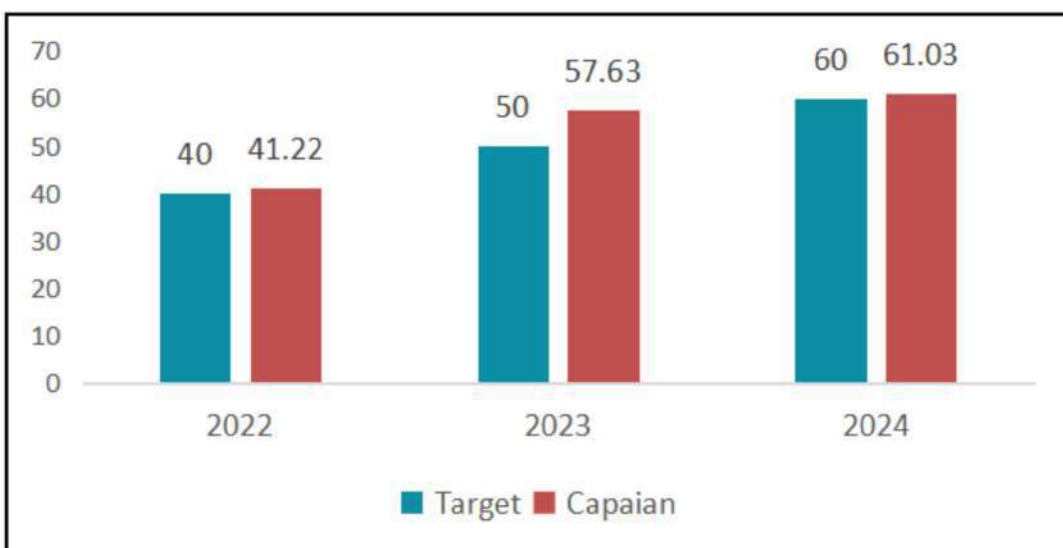
Berdasarkan tabel diatas per 31 Desember 2024 dapat disampaikan bahwa perbandingan target dan realisasi fasilitas kesehatan dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya yakni pada tahun 2023 memiliki target 50% dan realisasi

sebesar 57,63% sedangkan pada tahun 2024 memiliki target 60% dengan realisasi 61,03% yang telah mencapai bahkan melampaui target yang ditetapkan.

### Grafik 3.65

Perbandingan Target dan Realisasi Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya Tahun 2022–2024 (Jangka Menengah)

Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2024



Berdasarkan tabel diatas per 31 Desember 2024 dapat disampaikan bahwa perbandingan target dan realisasi fasilitas kesehatan dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya jangka menengah tahun 2022–2024 telah mencapai target bahkan melebihi target setiap tahunnya sedangkan untuk tahun 2024 memiliki target 60%.

#### Analisis Kinerja:

Salah satu dampak terbesar dari pandemi COVID-19 adalah adanya pelatihan yang dilakukan secara daring sehingga pada saat pascapandemi COVID-19, kegiatan pelatihan daring masih terus dilakukan hingga sekarang. Perubahan metoda pelatihan yang dulunya klasikal dapat dilakukan secara daring. Walaupun begitu, pelatihan klasikal tetap ada. Hingga saat ini metoda pelatihan bisa dilakukan secara hybrid yakni klasikal dan daring sehingga jumlah peserta bertambah secara luar biasa. Hal ini juga didukung dengan meningkatnya jumlah lembaga-lembaga pelatihan kesehatan terakreditasi di daerah yang dapat menyelenggarakan pelatihan kesehatan yang mendapatkan penilaian sertifikasi dari Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan sehingga memberikan sumbangsih peningkatan jumlah peserta latihnya.

1. Adanya kebijakan dari pemerintah atau institusi terkait yang mendukung pengembangan kompetensi tenaga kesehatan, seperti pelatihan berkelanjutan, akreditasi, dan sertifikasi.
2. Terdapat alokasi anggaran yang memadai untuk pelatihan, pendidikan lanjutan, atau peningkatan kapasitas tenaga kesehatan.
3. Pemetaan kebutuhan pelatihan sesuai dengan standar kompetensi tenaga kesehatan pada masing-masing faskes.
4. Perencanaan yang terstruktur dan berbasis data, seperti jadwal pelatihan, modul pelatihan, serta target peningkatan kompetensi.
5. Adanya sinergi antara pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, dan institusi pendidikan untuk menjalankan program pelatihan.

6. Fasilitas pelatihan yang tersedia secara merata, baik di daerah perkotaan maupun perdesaan.
7. Pemanfaatan e-learning atau pelatihan berbasis daring untuk menjangkau tenaga kesehatan di wilayah terpencil.
8. Adanya dukungan pimpinan faskes dalam meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan.

Efisiensi indikator persentase fasilitas kesehatan dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya melalui:

1. Pemanfaatan anggaran pelatihan secara maksimal melalui pelatihan massal, in-house training, atau kerja sama dengan institusi pendidikan.
2. Penghematan biaya melalui e-learning atau metode daring untuk mengurangi biaya perjalanan dan akomodasi.
3. Menggunakan tenaga ahli internal yang sudah berkompeten sebagai pelatih untuk mengurangi biaya rekrutmen pelatih eksternal.
4. Kolaborasi dengan institusi pendidikan, LSM, atau lembaga donor untuk mendanai atau menyelenggarakan pelatihan.

### 3.14. SASARAN STRATEGIS 14: MENINGKATNYA SISTEM PEMBINAAN JABATAN FUNGSIONAL DAN KARIER SDM KESEHATAN

Uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 14 sebagai berikut:

**Tabel 3.51**  
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 14: Meningkatnya Sistem Pembinaan Jabatan Fungsional dan Karier SDM Kesehatan

Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2024

| Indikator Kinerja                                     | Realisasi Kinerja |                |                  |
|-------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                                       | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi | 100               | 100            | 100              |

Berdasarkan tabel diatas per 31 Desember 2024 dapat disampaikan bahwa Indikator Kinerja Strategis Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan yakni Persentase faskes dengan SDM kesehatan

tersertifikasi pada tahun 2024 memiliki target 100% dengan realisasi kinerja 100% atau dengan kata lain memiliki capaian kinerja sebesar 100%.

#### 3.14.1 PERSENTASE FASKES DENGAN SDM KESEHATAN TERSERTIFIKASI

Definisi operasional indikator adalah persentase fasilitas kesehatan instansi pemerintah yang memiliki pejabat fungsional kesehatan tersertifikasi.

Formulasi perhitungan dengan jumlah fasilitas kesehatan instansi pemerintah pusat dan daerah yang mempunyai jabatan fungsional kesehatan yang tersertifikasi dibagi jumlah faskes instansi pemerintah pengguna jabatan fungsional kesehatan dikali 100.

Realisasinya terlihat pada grafik 3.52 di atas terlihat bahwa target tahun 2024 sebesar 100% faskes telah berhasil diraih dengan capaian

kinerja indikator persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi di tahun 2024 sebesar 100%. Capaian 2024 sebanyak 12.179 faskes SDM kesehatan yang tersertifikasi yang terdiri dari 10.298 faskes di 2023 dan 1.881 faskes di 2024 yang dibagi dari 12.179 instansi pengguna jabatan fungsional kesehatan. Capaian ini melampau target 2024. Faskes SDM kesehatan yang tersertifikasi berasal dari kementerian/lembaga, instansi dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, RS daerah/ RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan yang telah memenuhi persyaratan penyelenggara uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan sesuai standar.



Realisasi = 
$$\frac{\text{Jumlah kumulatif faskes dengan SDMK tersertifikasi kompetensi TW 1 sd 4}}{\text{Jumlah instansi pengguna JFK}} \times 100\%$$

Capaian = 
$$\frac{12.179}{12.179} \times 100 = 100\%$$

Keterangan:

- 1. Jumlah faskes dengan SDMK 12.179.
- 2. Jumlah instansi pengguna JFK, baseline data tahun 2024 sebesar 12.179 instansi.

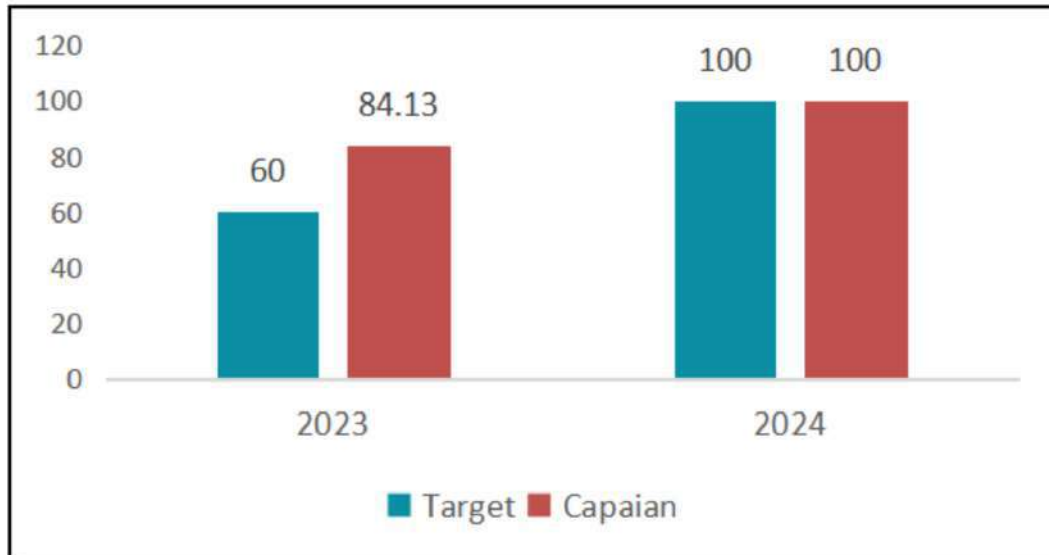
**Tabel 3.52**  
Baseline Data Instansi Pengguna Jabatan Fungsional Kesehatan (JFK)

| No     | Nama Instansi              | Jumlah |
|--------|----------------------------|--------|
| 1      | Dinkes Provinsi            | 38     |
| 2      | UPT Kemenkes               | 38     |
| 3      | RSU Provinsi               | 52     |
| 4      | RSK Provinsi               | 54     |
| 5      | Balai/Labkes/Prov/Kab/Kota | 562    |
| 6      | Dinkes Kab                 | 416    |
| 7      | Dinkes Kota                | 98     |
| 8      | RSU Kab/Kota               | 535    |
| 9      | Data Puskesmas             | 10.251 |
| 10     | Data KKP                   | 51     |
| 11     | RS Polri                   | 41     |
| 12     | RS Menhan                  | 31     |
| 13     | Klinik Lainnya             | 1      |
| Jumlah |                            | 12.179 |

### Grafik 3.66

Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Faskes dengan SDMKTersertifikasi pada Tahun 2023 dan 2024

Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2024



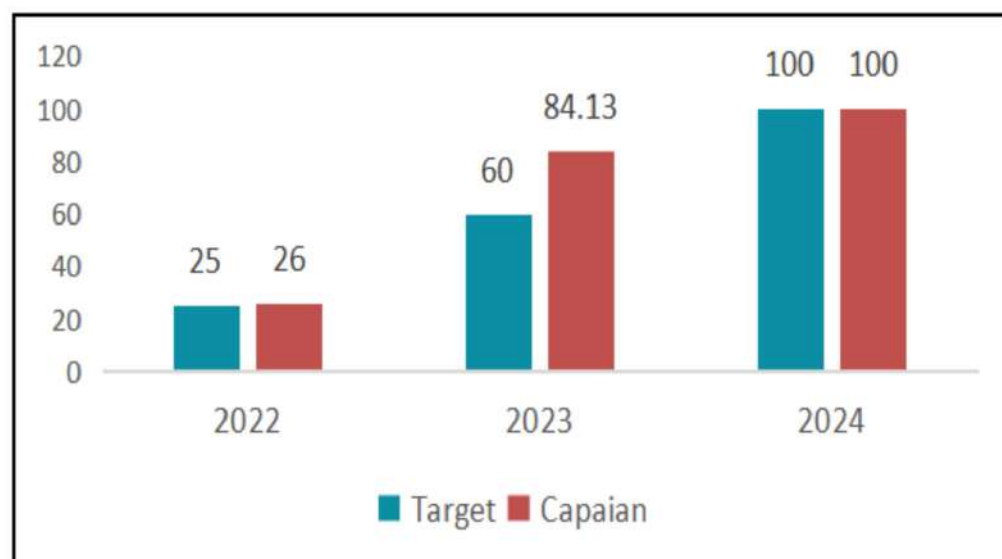
Berdasarkan tabel diatas per 31 Desember 2024 dapat disampaikan bahwa perbandingan target dan realisasi persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi yakni tahun 2023 memiliki target 60%

dan realisasi sebesar 84,13% sedangkan pada tahun 2024 memiliki target 100% dengan realisasi 100% yang telah mencapai bahkan melampaui target yang ditetapkan.

### Grafik 3.67

Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Faskes dengan SDMKTersertifikasi pada Tahun 2022–2024 (Jangka Menengah)

Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2024



Berdasarkan tabel diatas per 31 Desember 2024 dapat disampaikan bahwa perbandingan target dan realisasi persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi jangka menengah tahun 2022–2024 telah mencapai target bahkan melebihi target setiap tahunnya. Diperlukan upaya lebih maksimal lagi selama pada tahun mendatang, antara lain melakukan sosialisasi kebijakan uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan secara berkesinambungan baik daring maupun luring. Memperluas bimbingan teknis melalui daring terkait persyaratan sebagai penyelenggaran uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan sesuai standar dan percepatan verifikasi terhadap proposal pelaksanaan uji kompetensi yang diajukan oleh instansi pengguna jabatan fungsional kesehatan.

Analisa penyebab keberhasilan/peningkatan dan solusi yang telah dilakukan dapat dijelaskan secara umum indikator ini telah tercapai sesuai target. Hal ini disebabkan karena adanya beberapa hal sebagai berikut:

1. Adanya regulasi yang mewajibkan tenaga kesehatan untuk memiliki sertifikasi sesuai standar nasional atau internasional, seperti UndangUndang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
2. Pemberian penghargaan atau tunjangan tambahan bagi tenaga kesehatan yang sudah tersertifikasi, mendorong lebih banyak SDM untuk mengikuti proses sertifikasi.
3. Pihak manajemen faskes yang berkomitmen untuk menyediakan sumber daya dan waktu bagi tenaga kesehatan agar dapat mengikuti pelatihan dan sertifikasi.
4. Adanya dana untuk membiayai pelatihan, ujian sertifikasi, dan pembaharuan sertifikasi secara berkala.
5. Tersedianya infrastruktur dan teknologi untuk mendukung proses pelatihan dan sertifikasi.

Walaupun capaian kinerja indikator persentase penyelenggara uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan sesuai standar tahun 2024 melebihi target, namun masih terdapat kendala/hambatan.

Faktor-faktor yang menghambat pencapaian indikator kinerja kegiatan ini, yaitu:

1. Instrumen standarisasi penyelenggaraan uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan sebagai standar, kriteria, komponen penilaian belum sepenuhnya dipahami oleh pengelola jabatan fungsional dinas kesehatan kabupaten/kota/provinsi dan RS.
2. Pengelola jabatan fungsional kesehatan dinas kesehatan kabupaten/kota/provinsi dan RS, masih ada yang belum memahami teknologi informasi dan sering berganti operator.
3. Adanya gangguan jaringan internet di beberapa tempat (Wilayah Indonesia Timur), sehingga menghambat kelancaran verifikasi melalui daring atau via Zoom.
4. Belum adanya kesadaran pada tenaga kesehatan betapa pentingnya sertifikasi dalam menunjang kompetensi profesional mereka.
5. Jadwal kerja yang padat menjadi sulit bagi tenaga kesehatan untuk mengikuti pelatihan tersertifikasi.

Dari permasalahan atau hambatan di atas, upaya yang telah dilakukan adalah:

1. Melakukan sosialisasi kebijakan uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan secara masif, baik daring maupun luring.
2. Memperluas bimbingan teknis melalui daring terkait komponen-komponen yang ada pada standarisasi penyelenggaran uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan.
3. Melakukan pendampingan kepada pengelola jabatan fungsional kesehatan instansi pengguna selama proses verifikasi dokumen-dokumen terkait standar penyelenggaraan uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan.
4. Berkoordinasi dengandinas kesehatan kabupaten/kota, agar ada pengelola jabatan fungsional kesehatan yang tetap.

Efisiensi indikator persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi melalui:

1. Memastikan anggaran pelatihan dan sertifikasi digunakan untuk kebutuhan prioritas tenaga kesehatan di fasilitas yang membutuhkan.
2. Beberapa faskes dapat mengadakan pelatihan

bersama dengan berbagi pelatih atau fasilitas pelatihan.

3. Bekerja sama dengan organisasi profesi, institusi pendidikan, atau lembaga donor untuk mengadakan pelatihan dan ujian sertifikasi dengan biaya lebih efisien.

### 3.15. Sasaran Strategis 15: Meningkatnya Sistem Pelayanan Kesehatan dalam Ekosistem Teknologi Kesehatan yang Terintegrasi dan Transparan Dalam Mendukung Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti

Uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 15 sebagai berikut:

**Tabel 3.53**

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 15: Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti

| No | Indikator Kinerja                                                                                | Realisasi Kinerja |                |                  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|    |                                                                                                  | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| 1  | Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia | 40.000            | 49.558         | 123,9            |
| 2  | Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan          | 30                | 30             | 100              |

### 3.15.1 Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia

Definisi operasional indikator adalah:

(Kementerian Kesehatan).

1. Fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi target merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang belum terintegrasi atau tidak mempunyai sistem informasi faskes.
2. Sistem fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dengan sistem di pusat

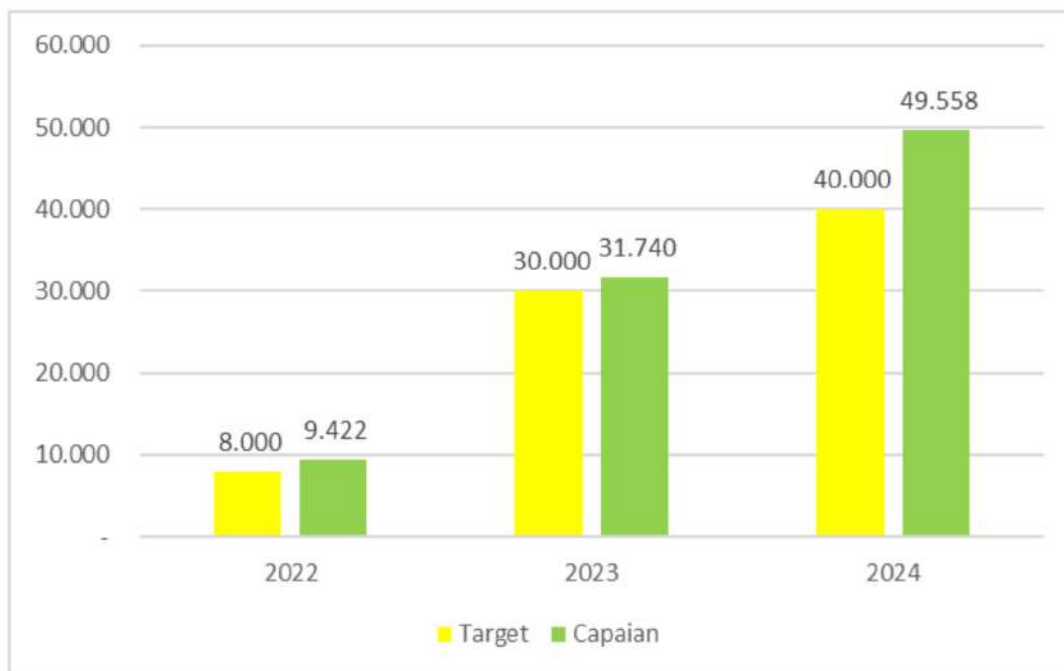
3. Sistem tersebut menyediakan variabel sesuai indikator pembangunan kesehatan.

Cara perhitungan indikator adalah jumlah fasilitas kesehatan yang menggunakan sistem informasi terintegrasi, melakukan pertukaran data dengan sistem kementerian kesehatan, menyediakan

#### Grafik 3.68

Perbandingan Target dan Capaian Indikator Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Mengimplementasikan Sistem Data dan Aplikasi Kesehatan Indonesia pada Tahun 2022–2024

Sumber data: Pusat Data dan Teknologi Informasi TA 2022–2024



Selanjutnya bila dibandingkan dengan target jangka menengah pada akhir Renstra Tahun 2024, capaian indikator kinerja tahun 2024 sebesar 49.558 fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia telah mencapai target 40.000 di tahun 2024. Target indikator ini mengalami perubahan dari 60.000 menjadi 40.000 berdasarkan berita acara hasil trilateral *meeting* antara Kementerian Kesehatan dengan Bappenas dan Kementerian Keuangan pada bulan September 2024.

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan yakni dengan kegiatankegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target sebagai berikut:

1. Melakukan koordinasi para *stakeholder* seperti dinas kesehatan, Kemendagri, Kemenkominfo dan mitra lainnya untuk penyediaan infrastruktur dan jaringan internet melalui program BAKTI.

2. Melakukan desk bimtek ke fasilitas kesehatan, dinas kesehatan di 38 provinsi secara *hybrid* untuk memetakan fasilitas kesehatan memiliki sistem data kesehatan serta melibatkan binwil Kementerian Kesehatan dan berbagai mitra untuk mendorong implementasi RME dan terintegrasi ke SATUSEHAT.
3. Menawarkan ke fasilitas kesehatan untuk penggunaan aplikasi yang sudah standar baik yang dikeluarkan oleh pemerintah maupun penyedia.
4. Melakukan sosialisasi dan bimbingan teknis untuk integrasi ke aplikasi pusat sesuai standar yang telah dikeluarkan.
5. Mendorong dukungan kebijakan (Surat Edaran, Surat Teguran, Rekomendasi Penyesuaian Akreditasi) sebagai enforcement implementasi RME oleh faskes.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

1. Belum semua fasilitas kesehatan memiliki infrastruktur dan jaringan internet memadai.
2. Fasilitas pelayanan kesehatan masih ada yang belum memiliki standar data untuk pencatatan data kesehatan, contoh praktik mandiri bidan dan UTD.

3. Fasilitas kesehatan masih ada yang menggunakan aplikasi kesehatan yang dikembangkan sendiri maupun penyedia (vendor) sistem yang belum terintegrasi dan terstandar sesuai standar yang dikeluarkan Kemenkes.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target:

1. Komitmen pimpinan terkait penerapan teknologi.
2. Adanya kesepakatan penandatanganan komitmen penerapan RME dan SATUSEHAT (Provinsi Lampung, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Bangka Belitung, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah dan Nusa Tenggara Barat) .
3. Antusias yang tinggi dari para pengembang sistem informasi kesehatan untuk integrasi ke dalam platform SATUSEHAT.
4. Adanya sertifikat ISO 27001:2013 dan ISO 27799 di SATUSEHAT platform.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan, maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah melakukan percepatan implementasi integrasi menggunakan platform SATUSEHAT, memastikan fasilitas kesehatan memiliki dan menggunakan sistem informasi yang terstandar.

### 3.15.2 Jumlah Sistem Bioteknologi Kesehatan Terstandar dan Terintegrasi yang Diimplementasikan

Definisi operasional indikator adalah:

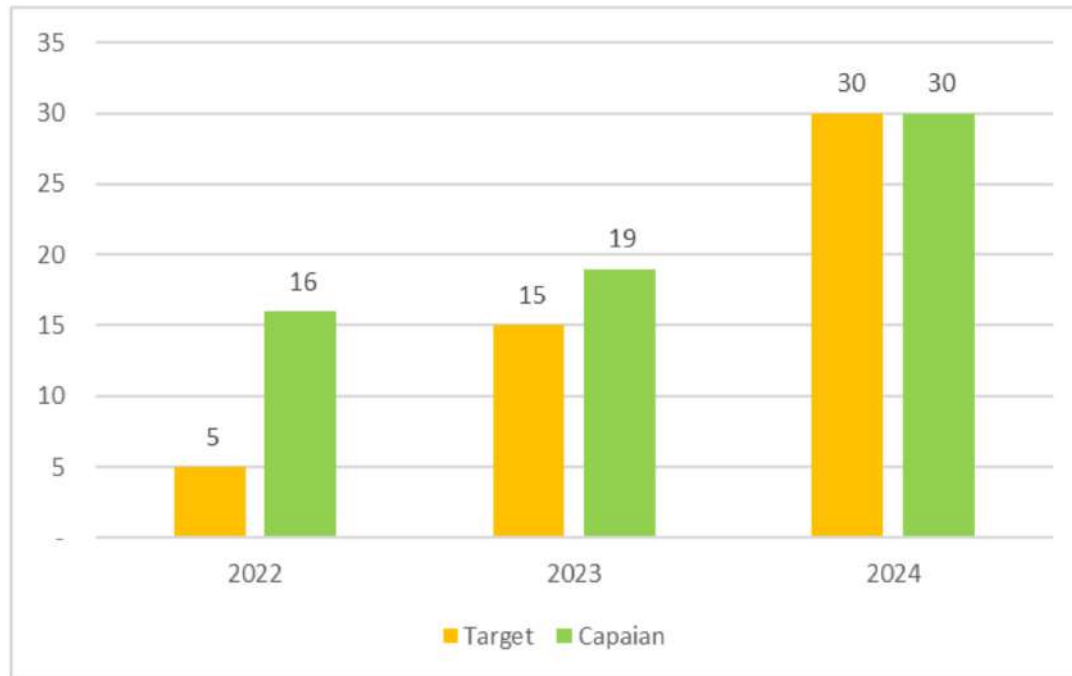
1. Produk bioteknologi kesehatan yang digunakan di fasilitas pelayanan Kesehatan.
2. Produk bioteknologi kesehatan berbasis dataset genomik.
3. Produk bioteknologi kesehatan yang dimanfaatkan dan dikelola oleh SDM bioteknologi kesehatan yang kompeten dan memadai.

Cara perhitungan indikator adalah jumlah produk bioteknologi kesehatan yang digunakan di fasilitas pelayanan kesehatan dan berbasis dataset genomik, serta dapat dimanfaatkan dan dikelola oleh SDM bioteknologi kesehatan yang kompeten dan memadai.



**Grafik 3.69****Perbandingan Target dan Capaian Indikator Jumlah Sistem Bioteknologi Kesehatan Terstandar dan Terintegrasi yang Diimplementasikan pada Tahun 2022–2024**

Sumber data: Pusat Data dan Teknologi Informasi TA 2022–2024



Selanjutnya bila dibandingkan dengan target jangka menengah pada akhir Renstra Tahun 2024, capaian indikator kinerja tahun 2024 sebesar 30 sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan, mencapai target 30 sistem di tahun 2024.

Pengembangan bioteknologi di bidang kesehatan dilakukan dalam rangka mewujudkan precision medicine yang diwujudkan melalui pengembangan BGSI (*Biomedical Genome-based Science Initiative*).

Pada tahun 2022, sistem BGSI ini untuk mendukung fokus penyakit tertentu BGSI di enam hub, yaitu:

1. *Hub Cancer* yang dinaungi oleh RS Kanker Dharmais;
2. *Hub Infectious Disease* (untuk penyakit tuberkulosis) dinaungi oleh RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso dan RSUP Persahabatan;
3. *Hub Brain & Nervous System* (untuk penyakit

stroke) dinaungi oleh RS Pusat Otak Nasional;

4. *Hub Metabolic Disease* (untuk penyakit diabetes) dinaungi oleh RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo;
5. *Hub Aging and Nutrition* (untuk penyakit psoriasis) dinaungi oleh RS Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah dan;
6. *Hub Genetic Disorders* untuk penyakit Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) dan pulmonary arterial hypertension (PAH) dinaungi oleh RSUP Dr. Sardjito.

Pada tahun 2024, sistem BGSI ini untuk mendukung fokus penyakit tertentu BGSI di delapan hub, yaitu:

1. *Hub Cancer* yang dinaungi oleh RS Kanker Dharmais;
2. *Hub Infectious Disease* (untuk penyakit tuberkulosis) dinaungi oleh RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso dan RSUP Persahabatan;

3. *Hub Brain & Neurogenerative disease* (untuk penyakit stroke) dinaungi oleh RS Pusat Otak Nasional;
4. *Hub Metabolic Disease* (untuk penyakit diabetes) dinaungi oleh RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo;
5. *Hub Aging and Nutrition* (untuk penyakit psoriasis) dinaungi oleh RS Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah;
6. *Hub Genomic Disorders* untuk penyakit Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) dan Pulmonary Arterial Hypertension (PAH) dinaungi oleh RSUP Dr. Sardjito;
7. *Hub Maternal, Reproductive and Neonatal Health* dinaungi oleh RSAB Harapan Kita; dan
8. *Hub Cardiovascular* dinaungi oleh RSJPD Harapan Kita.

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan dengan progres pencapaian indikator pada semester I tahun 2024 adalah sebagai berikut:

1. Pengembangan Sistem bioteknologi Kesehatan yang terstandar meliputi Registry, Biobank dan Bioinformatics meliputi Implementasi Registry oleh 8 Hubs (9 RS) dan Pusat (DTO Pusdatin) dan Implementasi Biobank oleh 8 Hubs (9 RS) dan Pusat.
2. Implementasi Bioinformatics oleh 5 Hubs (5 RS) dan Pusat (1 sistem yang terdiri dari platform illumina, ONT, BGI). Namun, 4 Rumah Sakit (3 hubs) lainnya masih terkendala ketersediaan bahan pendukung sekuensing dan elemen pemrosesan data (*pipeline*).

Keluaran dari kegiatan untuk mendukung indikator ini pada semester I tahun 2024 adalah:

1. Penyelesaian platform Registry Bioteknologi (MVP) dan peningkatan fungsionalitas serta

performa platform Registry Bioteknologi.

2. SOP penggunaan platform SimbioX, platform Registry Bioteknologi, dan platform Bioinformatics.
3. Integrasi platform Bioinformatics dari hub ke BGSi sentral.

Indikator yang menggambarkan keberhasilan adalah jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang telah diimplementasikan pada sejumlah 10 institusi yang telah dapat memanfaatkan sistem bioteknologi (*Biobank, Bioregistry, dan/atau Bioinformatics*). Pada 10 institusi tersebut diterapkan sejumlah 30 sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi, mencapai target 2024 sejumlah 30 sistem yaitu:

1. RS PON Jakarta;
2. RS Kanker Dharmais Jakarta;
3. RSPI Sulianti Saroso Jakarta;
4. RS Persahabatan Jakarta;
5. RSCM Jakarta;
6. RS Sardjito Yogyakarta;
7. RS Ngoerah Bali;
8. RSAB Harapan Kita;
9. RSJPD Harapan Kita;
10. BB Binomika.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

1. Pelatihan dan peningkatan kapasitas seluruh SDM pendukung BGSi;
2. Pengembangan sistem informasi biobank yang terstandar dan terintegrasi di hub baru;

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Melanjutkan pengembangan dan penyempurnaan sistem informasi <i>Bioregistry</i> yang terstandar dan terintegrasi;                                                                                                  | proses yang memakan waktu lama, sehingga proses pengadaan akan diadakan pada TW 3;                                                                                                                                    |
| 4. Pengembangan dan penyempurnaan platform analisis <i>bioinformatics</i> untuk WGS;                                                                                                                                 | 2. Kurangnya tenaga ahli <i>bioinformatics</i> yang mendukung pelaksanaan di hub (RS Ngoerah dan RS Jantung Harapan Kita);                                                                                            |
| 5. Pengembangan dan penyempurnaan platform analisis <i>bioinformatics</i> untuk 6 hub ( <i>targeted diseases</i> ) yang terintegrasi dengan BKPK dan BGSi Central;                                                   | 3. Proses pengadaan bioteknologi yang bersumber dari Dana Global Fund yang dilakukan melalui UNDP (selaku pihak yang dipercayai untuk pengadaan) memerlukan proses yang lebih lama sehingga mempengaruhi capaian ISS. |
| 6. Pengembangan dan <i>deployment website/</i> portal utama BGSi;                                                                                                                                                    | Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target:                                                                                                                                                          |
| 7. Menyiapkan topologi jaringan konektivitas antara setiap RS (Hub) dengan BGSi sentral dan BSSN <i>Data Center</i> , maupun BGSi sentral dengan BSSN yang aman, cepat, dan stabil untuk kebutuhan operasional BGSi. | 1. Dukungan dari pimpinan (Menteri Kesehatan) dalam mewujudkan <i>precision medicine</i> dalam kebijakan dan alokasi anggaran;                                                                                        |
| 8. Permohonan dukungan dari donor untuk pengadaan tenaga ahli <i>bioinformatics</i> telah diajukan dan diproses, dan permohonan penambahan tenaga ahli <i>IT engineer</i> telah diajukan ke pimpinan.                | 2. Dukungan dari peneliti dan penyelenggara bioteknologi untuk pelaksanaan BGSi;                                                                                                                                      |
| Beberapa faktor penghambat pencapaian target:                                                                                                                                                                        | Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target:                                                                                                                                                          |
| 1. Proses pengadaan bahan pendukung sekuensing untuk <i>bioinformatics</i> yang diselenggarakan pihak donor memerlukan                                                                                               | 1. Dukungan dari pimpinan (Menteri Kesehatan) dalam mewujudkan <i>precision medicine</i> dalam kebijakan dan alokasi anggaran;                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                      | 2. Dukungan dari peneliti dan penyelenggara bioteknologi untuk pelaksanaan BGSi;                                                                                                                                      |

3.16.Sasaran Strategis 16: Meningkatnya Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti

Uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 16 sebagai berikut:

Dukungan dari pemangku kepentingan lainnya untuk mendukung terlaksananya pengembangan Bioteknologi bidang kesehatan di Indonesia.

Tabel 3.54  
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 16: Meningkatnya Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti

| Indikator Kinerja                                                 | Realisasi Kinerja |                |                  |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                                                   | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Persentase kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan | 81                | 87,98          | 108,61           |

### 3.16.1 Persentase Kebijakan yang Berkualitas dan Dapat Diimplementasikan

Definisi operasional indikator adalah persentase dari nilai maksimal indeks kualitas kebijakan (IKK) Kementerian Kesehatan. Nilai indeks kualitas kebijakan menggunakan tools untuk menilai Indeks Kebijakan Kementerian PAN dan RB sesuai dengan SE Kepala Lembaga Administrasi Negara (LAN) Nomor 22/K/1.HKM.02.02/2021) tentang Pedoman Pengukuran Kualitas Kebijakan.

Cara perhitungan indikator adalah nilai IKK capaian dibagi nilai IKK maksimal (100) dikali 100%. Penilaian IKK dilakukan berdasarkan Surat Edaran Kepala LAN Nomor 22/K.1.HKM.02.2/2021 tentang Pedoman Pengukuran Kualitas Kebijakan. Populasi pengukuran IKK Tahun 2024 adalah Permenkes yang diterbitkan pada tahun 2021–2023 yang memenuhi syarat, yakni tidak mengatur internal dan belum dicabut atau digantikan dengan permenkes lain. Berdasarkan rumus sampel  $\sqrt{N} + 1$ . Untuk pengisian instrumen, dibentuk tim untuk

setiap permenkes yang terdiri dari Biro Hukum, tim teknis unit pemrakarsa permenkes dan Sekretariat BPKP. Enumerator dari setiap unit pemrakarsa mengunggah data dukung penilaian IKK di website LAN ([ikk.lan.go.id](http://ikk.lan.go.id)).

Sasaran strategis dalam renstra yang menjadi tanggung jawab BPKP tersebut juga sejalan dengan Reformasi Birokrasi (RB) General yang tertuang pada Roadmap Pelaksanaan Reformasi Birokrasi 2020–2024, khususnya pada sasaran regulasi yang harmonis dan berbasis bukti dengan indikator meningkatnya kualitas kebijakan dan regulasi. Adapun target indikator sasaran tersebut pada level mikro (instansional) adalah indeks kualitas kebijakan berkategori minimal baik. Pada pelaksanaan RB General di lingkungan Kementerian Kesehatan, BPKP dalam hal ini sekretariat, ditunjuk menjadi penanggung jawab dalam pelaksanaan rencana aksi peningkatan IKK Kementerian Kesehatan.

#### Grafik 3.70

#### Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Kebijakan yang Berkualitas dan dapat Diimplementasikan Tahun 2022–2024

Sumber data: Pusat Data dan Teknologi Informasi TA 2022–2024



Berdasarkan dua hal tersebut di atas, maka di tahun 2024, Sekretariat BPKP memfasilitasi kembali keikutsertaan Kementerian Kesehatan dalam pengukuran IKK untuk regulasi yang diundangkan pada periode Agustus 2021–April 2023. Adapun target nilai IKK yang didapat, diselaraskan antara target renstra dan juga target pada rencana aksi RB General.

Pada tahun 2022, 2023 dan 2024 indikator persentase kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan tercapai melebihi target. Berdasarkan hasil penilaian yang ditetapkan melalui Surat Kepala Pusat Pembinaan Analisis Kebijakan LAN Nomor 7484/D.1.2/HKM.02.2 tanggal 23 Oktober 2024, Kementerian Kesehatan memperoleh nilai total 87,98 (sangat baik). Berdasarkan hasil tersebut, maka target ISS dan reformasi birokrasi (RB) tahun 2024 telah tercapai bahkan melampaui target (target 81 untuk Renstra Tahun 2024 dan

target 84 untuk nilai RB).

Rata-rata Permenkes memiliki nilai di atas skor 81 dengan kategori sangat baik. Empat Permenkes berkategori sangat baik dan dua Permenkes berkategori unggul yakni Permenkes Nmor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan dan Permenkes No. 4/2023 Tentang Penyelenggaraan Fraksionasi Plasma. Permenkes No. 2/2023 yang diprakarsai oleh Direktorat Penyehatan Lingkungan Ditjen P2P meraih skor tertinggi yakni 93,72. Berikut adalah nilai IKK per kebijakan.

**Tabel 3.55**  
Capaian Nilai Indeks Kualitas Kebijakan (IKK)

| No | Nama Kebijakan                                                                                                                            | Unit Eselon II/IPemrakarsa                                                      | Skor IKK | Predikat    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|
| 1  | Peraturan Menteri Kesehatan No.2/2023 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan | Direktorat Penyehatan Lingkungan/ Ditjen Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit | 93.72    | Unggul      |
| 2  | Peraturan Menteri Kesehatan No.4/2023 Tentang Penyelenggaraan Fraksionasi Plasma                                                          | Direktorat Produksi dan Distribusi Kefarmasian/ Ditjen Kefarmasian dan Alkes    | 92.54    | Unggul      |
| 3  | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34/2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik                                                 | Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian/ Ditjen Kefarmasian dan Alkes  | 88.21    | Sangat Baik |

| No | Nama Kebijakan                                                                                                                                                                                                                              | Unit Eselon II/IPemrakarsa                                                                        | Skor IKK | Predikat    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|
| 4  | Peraturan Menteri Kesehatan No. 26/2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional                                                                                                  | Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan/<br>Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | 87.03    | Sangat Baik |
| 5  | Peraturan Menteri Kesehatan No. 30/2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah | Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan/ Ditjen Pelayanan Kesehatan                                   | 84.52    | Sangat Baik |
| 6  | Peraturan Menteri Kesehatan No. 27/2021 Tentang Program Afiriasi Pendidikan Tinggi Tenaga Kesehatan                                                                                                                                         | Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan/Ditjen Tenaga Kesehatan                                    | 81,85    | Sangat Baik |

Analisis kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian target sebagai berikut:

#### 1. Sosialisasi Hasil IKK 2023 dan Persiapan Pengukuran IKK 2024

Kegiatan ini berupa konsultasi mengenai hasil evaluasi pengukuran IKK Kemenkes tahun 2023 serta konsolidasi rencana pengukuran IKK tahun 2024 (21 Februari). Kemudian dilanjutkan dengan pelaksanaan Lokakarya Pengukuran IKK Kemenkes tahun 2024 (30 April 2024). Dalam lokakarya tersebut dilaksanakan sosialisasi hasil pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan tahun sebelumnya (2023) dan kickoff pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan tahun berjalan (2024) dengan sasaran unit pemrakarsa kebijakan di lingkungan Kementerian Kesehatan. Pada kegiatan ini, hadir para narasumber yang terdiri dari narasumber LAN yakni Deputi Kebijakan Kesehatan dan Inovasi Administrasi Negara (KKIAN) dan Kepala Pusat Pembinaan Analisis

Kebijakan (Pusaka), serta para pimpinan kementerian/lembaga dengan nilai unggul (Sekjen Kemensos dan Asdep Kemenko Bidang Perekonomian). Para narasumber tersebut menyampaikan hasil evaluasi IKK Kemenkes tahun sebelumnya dan insight mengenai hal-hal apa saja yang dapat menjadi pembelajaran ataupun yang dapat diperbaiki untuk pengukuran IKK berikutnya.

#### 2. Penentuan Populasi

Kegiatan ini bertujuan untuk melakukan konfirmasi dan identifikasi regulasi di lingkungan Kemenkes, yang benar-benar dapat menjadi populasi pengukuran IKK tahun 2024. Apakah regulasi tersebut masih berlaku, belum ada revisi dan masih dalam periode pengukuran dan siapa unit pemrakarsanya. Identifikasi dan konfirmasi dilakukan bersama dengan biro hukum, tim teknis dan tim hukum unit



pemrakarsa di lingkungan Kemenkes.

### 3. Pendampingan Identifikasi Bukti Dukung Populasi Regulasi

Pendampingan ini dilakukan melalui pengisian matriks bantu data dukung. Hal ini selain sebagai sarana penyamaan persepsi mengenai instrumen IKK, juga untuk melihat kelengkapan bukti dukung yang ada pada masing-masing regulasi. Setelah itu, didistribusikan surat Sekretaris BKPK tentang tindak lanjut hasil pendampingan IKK 2024 tersebut kepada unit pemrakarsa regulasi.

### 4. Penetapan Sampel dan Desk Self Assessment

Kegiatan ini bertujuan menetapkan sampel IKK 2024 melalui sistem informasi [ikk.lan.go.id](http://ikk.lan.go.id), mengaktifkan akun enumerator dan memfasilitasi seluruh unit pemrakarsa regulasi populasi untuk melakukan *self assessment* secara manual dan melalui sistem informasi IKK. Setelah itu dilaksanakan distribusi surat pemberitahuan sampel kepada seluruh unit utama pemrakarsa regulasi yang menjadi sampel.

### 5. Verifikasi dan Validasi Internal Hasil Self Assessment

Kegiatan ini merupakan inisiatif baru dari tim pengendali teknis BKPK yang diapresiasi juga oleh LAN. Verifikasi dan validasi internal ini dilakukan dengan menggunakan instrumen verifikasi validasi dari LAN.

### 6. Pendampingan Finalisasi Hasil Self Assessment dan Pendampingan Pascafinalisasi

Tim pengendali teknis IKK BKPK melaksanakan pendampingan finalisasi hasil *self assessment* dan pascafinalisasi secara desk dengan unit pemrakarsa regulasi untuk melengkapi seluruh data dukung yang belum tersedia, guna mencapai hasil yang lebih optimal.

Kendala dalam pencapaian target dipengaruhi oleh kelengkapan dan kesesuaian data dukung regulasi sampel pengukuran yang dimiliki oleh unit utama

pemrakarsa regulasi. Selain itu, restrukturisasi dan belum optimalnya sistem pengarsipan elektronik dalam pengumpulan data dukung proses kebijakan.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan tersebut, maka alternatif solusi yang dapat dilakukan antara lain optimalisasi penggunaan platform digital sederhana dalam pendokumentasian data dukung dan monitoring evaluasi proses kebijakan di masing-masing unit utama sebagai pemangku program/kebijakan kesehatan.

Dalam upaya peningkatan kualitas kebijakan melalui IKK, berikut adalah beberapa rekomendasi bagi Kementerian Kesehatan dapat melakukan upaya peningkatan kualitas pengelolaan kebijakan antara lain:

1. Dalam aspek substansi kebijakan perlu terus ditingkatkan adanya proses kajian dan analisis kebijakan dengan didukung oleh data, informasi dan pengetahuan yang faktual dan relevan dengan kondisi di lapangan.
2. Pelibatan stakeholder dalam proses kebijakan publik perlu dilakukan secara lebih representatif termasuk dengan kelompok *stakeholder* di luar instansi dan kelompok rentan di lapangan.
3. Melakukan proses dokumentasi pengelolaan kebijakan yang telah dilakukan dari proses pengelolaan wacana publik, perumusan kebijakan, pelaksanaan kebijakan, dan evaluasi dampak kebijakan. Dokumentasi dilakukan oleh masing-masing unit atau yang menjadi *leading sector* kebijakannya.
4. Peningkatan dukungan sumber daya manusia yang kompeten untuk melaksanakan kegiatan kajian dan analisis kebijakan dalam seluruh proses kebijakan yang dilakukan. Sumber daya manusia yang kompeten dapat berasal dari internal atau pun dari eksternal instansi pemerintah. Salah satu sumber daya internal yang potensial misalnya optimalisasi peran analis kebijakan yang telah dilantik di instansi.

### 3.17. Sasaran Strategis 17: Meningkatnya Tata Kelola Pemerintahan yang Baik

Uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 17 sebagai berikut:

**Tabel 3.56**

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 17: Meningkatnya Tata Kelola Pemerintahan yang Baik

| Indikator Kinerja                             | Realisasi Kinerja |                |                  |
|-----------------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
|                                               | Target 2024       | Realisasi 2024 | Capaian 2024 (%) |
| Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik | 86                | 103,34         | 120,16           |

#### 3.17.1 INDEKS CAPAIAN TATA KELOLA KEMENKES YANG BAIK

Tata kelola Kementerian Kesehatan yang baik dibuktikan dengan nilai atau capaian atas pengelolaan sumber daya Kementerian Kesehatan, dengan menggunakan indikator:

1. Nilai Reformasi Birokrasi;
2. Nilai Kinerja Anggaran;
3. Indeks Integritas Organisasi
4. Laporan Keuangan;
5. SAKIP;
6. Persentase capaian award kehumasan Kemenkes

Indeks capaian adalah nilai konversi dari rata-rata dari capaian (realisasi dibandingkan target kali 100)

Cara perhitungan indikator adalah:

1. Nilai atau capaian masing-masing indikator pendukung = realisasi dibandingkan target kali 100.
2. Indeks capaian tata kelola = jumlah nilai atau capaian masing-masing indikator yang diperoleh dibagi total jumlah indikator.

Data capaian indeks tata kelola yang baik tahun anggaran 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.57  
Data Capaian Indek Tata Kelola Yang Baik sampai akhir Tahun Anggaran 2024

| No | Komponen Indek Tata Kelola       | Capaian 2021 | Capaian 2022 | Capaian 2023 | Target 2021 | Capaian 2024 TW-2 | % Capaian | Keterangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Nilai Reformasi Birokrasi Kemkes | 79,27        | 87,5         | 90,83        | 90,01       | 90,11             | 100,1     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Capaian berdasarkan pada laporan hasil penilaian mandiri RB Kementerian Kesehatan 2023-2024</li><li>• Melakukan penilaian terhadap pelaksanaan RB Kemenkes indikator RB General dan RB Tematik dengan menggunakan hasil penilaian dari leading institution menggunakan hasil penilaian mandiri untuk nilai yang belum dikeluarkan oleh leading institution target sesuai arahan pimpinan dari 96 menjadi 85</li></ul> |

| No | Komponen<br>Indek Tata<br>Kelola | Capaian<br>2021 | Capaian<br>2022 | Capaian<br>2023 | Target<br>2021 | Capaian<br>2024<br>TW-2 | %<br>Capaian | Keterangan                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                  |                 |                 |                 |                |                         |              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Capaian berdasarkan pada penilaian mandiri pelaksanaan Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan Tahun 2024 bersama Tim Monev Inspektorat Jenderal dengan menggunakan Lembar Kerja Evaluasi dari KemenPANRB</li> </ul> |
| 2  | Nilai Kinerja Anggaran           | 94,15           | 95,56           | 94,3            | 80,1           | 91,53                   | 114,27       | Diambil dari Dashboard SMART DJA tanggal 15 Januari 2023. Monev Kemenkeu 15 Januari 2025                                                                                                                                                                      |
| 3  | Indek Integritas Organisasi      | 76,8            | 75,15           | 72,36           | 78             | 72,36                   | 92,76        | Capaian Nilai Integritas Organisasi Semester I, merupakan hasil survei yang dilaksanakan oleh KPK tahun 2023 dikarenakan survei dilakukan 1 tahun sekali dan diumumkan di akhir tahun / N+1                                                                   |

| No | Komponen<br>Indek Tata<br>Kelola            | Capaian<br>2021    | Capaian<br>2022 | Capaian<br>2023 | Target<br>2021 | Capaian<br>2024<br>TW-2 | %<br>Capaian | Keterangan                                                                                                                                                      |
|----|---------------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|----------------|-------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4  | Laporan Keuangan                            | Indeks 4           | Indeks 4        | Indeks 4        | 4 nilai indeks | Indeks 4                | 100%         | Data opini atas LK N-1, karena menyesuaikan periode audit. (tetap)                                                                                              |
| 5  | SAKIP                                       | 77,27              | 78,72           | 79,23           | 90             | 79,09                   | 87,88%       | Nilai SAKIP berdasarkan hasil LHE tahun 2024<br>Kemenpan RB No: B/662/AA.05/2024<br>tgl 19 Des 2024                                                             |
| 6  | Persentase Capaian Award Kehumasan Kemenkes | 150%               | 175%            | 150%            | 4              | 5                       | 125%         | Target 4 award setiap tahun. Tahun 2023 telah tercapai 6 award. (tetap)                                                                                         |
| 7  | Indeks Capaian Tata kelola Kemenkes         | Tidak ada baseline | 96,01           | 107,7           | 86             | 103,34                  | 120,16       | Σ(nilai atau capaian indikator)<br>Σindikator Agregat rerata dari capaian 6 komponen indeks diatas (RB, NKA, Integritas Organisasi, LK, SAKIP, Award kehumasan) |

Berdasarkan hasil perhitungan nilai capaian 6 indikator pendukung ISS tersebut di atas maka nilai capaian indeks tata Kelola Kemenkes yang baik adalah:  $(0+0+102+100+88,03+125)=415,03/6=69,17=69,17/90 \times 100\%=76,86\%$   $(100,11+114,27+92,76+100+87,88+125)/6=103,34. \%=103,34/86 \times 100\%=120,16\%$ .

Capaian atas indikator tata kelola Kemenkes yang baik sampai akhir tahun 2023–2024 sebesar 107,77 103,34 atau 126,79% 120,16% dari target yang di tetapkan sebesar 85 86 nilai indeks dalam Permenkes Nomor 13 Tahun 2022. Terhadap capaian nilai ISS ini pada tahun 2023 .2024 terdapat beberapa catatan dalam pencapaian kinerja tahun 2023–2024 ini yaitu: 78.

Terdapat perubahan angka target nilai Reformasi Berokrasi Kementerian Kesehatan pada tahun 2023 berdasarkan Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 yang semula adalah 93, maka sesuai arahan pimpinan sebagaimana tertuang dalam notulen rapat pimpinan telah diubah menjadi 85. (Notulen rapat terlampir dalam link data dukung). Sesuai BA trilateral meeting revisi renja tanggal 17 September 2024 terdapat beberapa perubahan yaitu:

1. Indeks capaian tata kelola Kemenkes berubah dari target tahun 2024 sebesar 90 menjadi 86.
2. Nilai Reformasi Birokrasi berubah dari target tahun 2024 sebesar 98 menjadi 90,01.
3. Nilai kinerja anggaran (NKA) berubah dari target tahun 2024 sebesar 95 menjadi 80,1.

Terdapat perubahan target nilai ontegritas organisasi berdasarkan surat dari Inspektorat Jenderal telah diubah dari semula 81 menjadi 76.

Apabila dibandingkan capaian tahun 2023 dengan capaian target pada tahun 2022 sebesar 122,63% dari target 80 nilai indeks yang telah ditetapkan pada Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 maka capaian ISS indeks tata kelola Kemenkes yang baik pada tahun 2023 lebih tinggi. Sedangkan untuk tahun berikutnya yaitu pada tahun 2024 atau akhir dari periode Renstra Tahun 2020–2024 dengan target sebesar 90, 86 (sesuai BA TM revisi renja th 2024) maka optimis akan tercapai target

yang telah ditetapkan tersebut. Dengan catatan untuk mencapai nilai indeks yang telah ditetapkan perlu komitmen dan kerja cerdas dari semua lini yang ada di Kemenkes mengingat capaian atas indikator tata kelola Kemenkes yang baik ditentukan oleh keberhasilan dalam pencapaian 6 capaian subindikator yang mempengaruhinya yaitu: nilai reformasi birokrasi Kemenkes, nilai kinerja anggaran Kemenkes, nilai indeks integritas organisasi Kemenkes, nilai laporan keuangan Kemenkes, nilai SAKIP Kemenkes dan nilai capaian award kehumasan Kemenkes yang semuanya merupakan penilaian dari pihak luar atau sektor terkait.

Kegiatan–Kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target Indeks tata kelola Kementerian kesehatan yang baik meliputi:

1. Dalam rangka pelaksanaan fungsi fasilitasi, Biro Organisasi dan SDM melakukan koordinasi dengan instansi terkait, di antaranya berupa konsultasi dengan Kedeputian RB, Akuntabilitas, dan Pengawasan terkait kebijakan reformasi birokrasi, dan beberapa leading institution terkait, koordinasi dengan seluruh Pokja dan tim Monev dalam penyusunan Rencana Aksi RB General dan Tematik, penilaian mandiri pelaksanaan Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan Tahun 2023 bersama Tim Monev Inspektorat Jenderal dengan menggunakan Lembar Kerja Evaluasi dari KemenPANRB. adapun yang sudah dilakukan antara lain:
  - a. Penyampaian (Submit) Praktik Baik RB Kemenkes per tanggal 31 Maret 2023.
  - b. Submit Rencana Aksi RB General dan RB Tematik Kementerian Kesehatan 2023–2024 ke dalam portal RB Nasional pada bulan Oktober 2023.
2. Melakukan input capaian indikator kinerja sasaran strategis, indikator kinerja program, indikator kinerja kegiatan baik kantor pusat, kantor daerah dan satker pengelola dana dekonsentrasi pada aplikasi SMART DJA,



e-monev Bappenas dan E-performance setiap bulan sebelum tanggal 10 pada bulan berikutnya.

3. Dalam rangka meningkatkan dan mencapai target indeks integritas organisasi Kementerian Kesehatan, terdapat beberapa kegiatan yang dilaksanakan Inspektorat Jenderal antara lain:

- a. Sosialisasi Pembangunan Zona Integritas;
- b. Monitoring dan Evaluasi TL e-SPI KPK;
- c. Sosialisasi dan Asistensi Penyuluhan Antikorupsi pada satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan;
- d. Monitoring dan Evaluasi Duta Prestasi;
- e. Sosialisasi terkait pengelolaan suap atau gratifikasi terhadap para UPG dan juga seluruh pegawai di unit/satuan kerja;
- f. Workshop terhadap para Satuan Kepatuhan Internal (SKI) dan Satuan Pengawasan Internal (SPI) dalam rangka penilaian dan manajemen risiko;
- g. Penyusunan rencana tindak lanjut atas rekomendasi Survei Penilaian Integritas;
- h. Melaksanakan Pendampingan anggaran PHLN (SIHREN, SOPHI, InPuls);
- i. Pembinaan pendampingan penyelesaian masalah kepegawaian;
- j. Reviu Pembayaran Bantuan Iuran Pekerja Bukan Penerima upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP);
- k. Workshop Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang diikuti oleh anggota SPI/SKI satuan kerja Kementerian Kesehatan.
- l. Pendampingan tahap evaluasi penawaran alat kesehatan bersumber Islamic Development Bank (IsDB) pada 8 (delapan)

Rumah Sakit Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan;

m. Monitoring dan Evaluasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik Bidang Kesehatan Tahun 2022–2023.

4. Mengelola dan menyampaikan laporan keuangan Kementerian Kesehatan kepada Badan Pemeriksa Keuangan tepat waktu dan tepat sasaran sehingga dapat diakui validitas dan keandalannya;
5. Merencanakan, melaksanakan, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan dan program serta menyampaikan data dan hasil evaluasi atas pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran secara akuntabel dan bertanggung jawab;
6. Melaksanakan dan meningkatkan kualitas implementasi dan evaluasi internal SAKIP serta melakukan monitoring tindak lanjut atas rekomendasi hasil evaluasi dan pelaksanaan program dan kegiatan secara periodik dan berkesinambungan;
7. Memantau dan melaksanakan tindak lanjut atas rekomendasi yang dikeluarkan pihak-pihak berwenang;
8. Melaksanakan dan menginventarisir kegiatan kehumasan sesuai kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan lebih up to date agar mampu meningkatkan pelayanan publik terhadap kesehatan agar lebih bermutu dan lebih dekat dengan masyarakat.

Guna mencapai target indeks pemerintahan yang baik di lingkungan Kementerian Kesehatan ada beberapa hal yang menjadi faktor penghambat antara lain:

1. Terdapat perubahan kebijakan reformasi birokrasi secara nasional dengan ditetapkannya PermenPANRB Nomor 3 Tahun 2023 yang berdampak pada penyesuaian kembali road map dan rencana aksi RB Kemenkes yang telah ditetapkan, Belum optimalnya koordinasi antara penanggung jawab indikator dengan

leading institution masing-masing indikator, utamanya untuk indikator yang baru, sehingga masih timbul kendala dalam penyusunan rencana aksi. Nilai indeks RB sesuai Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 adalah nilai PMPRB yang dilaksanakan oleh tim evaluator internal Kemenkes yaitu Tim Itjen. Sampai saat laporan ini dibuat Itjen telah melakukan evaluasi pada pelaksanaan RB kemenkes sesuai LKE yang tertuang dalam lampiran PermenPANRB Nomor 3 Tahun 2023 baik pada RD General maupun RB tematik. Semula tim evaluator internal (APIP) tidak akan melakukan PMPRB dengan alasan tidak terdapat mandat dalam PermenPANRB yang baru untuk melakukan PMPRB. pada akhirnya PMPRB dilakukan dengan menggunakan LKE dari PermenPANRB Nomor 3 Tahun 2023 namun hanya di tingkat kementerian/lembaga tidak sampai ke eselon 1.

2. Nilai Kinerja Anggaran sesuai kebijakan Kemenkeu KMK Nomor 466 Tahun 2024 diperoleh dari 50% Perencanaan Anggaran (penilaian komponen baru yaitu Penggunaan SKB dan efisiensi SBK) dan 50% Pelaksanaan Anggaran.
3. Nilai Kinerja Anggaran akan naik atau turun setiap saat tergantung pada faktor pendukung lainnya yang dimasukkan dalam aplikasi SMART DJA (mulai tahun 2024 smart DJA diganti menjadi Monev kemenkeu) ketepatan, kecepatan dan partisipasi serta keakuratan pemasukan data capaian dalam SMART DJA akan mempengaruhi NKA, dibutuhkan kekompakan dan kerja cerdas serta kecepatan bertindak dari setiap petugas satker serta komitmen pimpinan. Satuan kerja pengelola dana dekosentrasi membutuhkan effort yang lebih karena kebijakan satu DIPA. Nilai Integritas Organisasi sesuai DO dalam renstra diperoleh dari hasil survei yang dilakukan oleh KPK, pelaksanaannya baru sampai pada tahap koordinasi dengan KPK dan belum ada hasilnya pada periode Semester I.
4. Nilai Indeks Integritas Organisasi sesuai DO dalam renstra diperoleh dari hasil Survei Penilaian Integritas (SPI) yang dilakukan oleh KPK. Berdasarkan hasil SPI KPK Tahun 2024 diperoleh bahwa terdapat aspek internal yang

dinilai masih memiliki risiko tinggi yakni pada aspek pengelolaan pengadaan barang dan jasa (PBJ) dan pengelolaan SDM.

5. Nilai SAKIP diperoleh dari nilai tahun (N-1) yang keluar pada semester I tahun N, apabila nilai dikeluarkan terlambat maka akan mempengaruhi nilai ISS ini. Pada tahun 2023 nilai evaluasi SAKIP oleh KemenPANRB telah dirilis pada Desember 2023.
6. Nilai laporan keuangan diperoleh dari hasil penilaian pada tahun (N-1) yang biasanya diumumkan pada semester I tahun N, apabila pemberitahuan terlambat maka akan mempengaruhi nilai ISS ini.
7. Tidak semua kinerja kehumasan bisa diikuti dalam award kehumasan.

Dalam pencapaian target indeks tata kelola pemerintahan yang baik di Kementerian Kesehatan tahun 2023 terdapat beberapa hal yang menjadi pendukung antara lain:

1. Sumber daya manusia baik kesehatan maupun non kesehatan yang ikut andil dalam pelaksanaan semua program dan kegiatan serta anggaran di kementerian kesehatan;
2. Tersedianya sumber daya lain baik sarana maupun prasarana baik perangkat keras maupun perangkat lunak yang memperlancar pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran di lingkungan Kementerian Kesehatan;
3. Berbagai kebijakan yang menjadi panduan dalam pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran di lingkungan kementerian kesehatan;
4. Kebijakan mengubah target indikator melalui renja pada indikator RB dan nilai Integritas Organisasi;
5. Kebijakan mengubah volume target indikator melalui revisi renja yang dibahas dalam forum trilateral meeting antara Bappenas, Kemenkeu dan Kemenkes tanggal 17 September 2024 dan telah disepakati dan diterbitkannya BA trilateral meeting revisi Renja tentang perubahan volume

target ISS;

6. Adanya perbaikan atas rekomendasi SPI KPK dan upaya berkelanjutan dari seluruh pihak terkait dalam rangka penguatan tata kelola dan sistem pengawasan internal di Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas maka dalam pencapaian indeks tata kelola pemerintahan yang baik di lingkungan Kementerian Kesehatan untuk meminimalisir beberapa permasalahan yang ada maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah menetapkan kebijakan pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran yang up to date agar mampu mengakomodir setiap perubahan yang timbul.

Kinerja inisiatif Pencegahan korupsi dilakukan di lingkungan Kementerian Kesehatan dilakukan melalui kegiatan sebagai berikut:

1. Menetapkan Indikator Kinerja Program “Nilai Integritas Organisasi” yang diukur berdasarkan hasil survei penilaian integritas (SPI) oleh Tim pelaksana SPI secara swakelola dan/atau oleh KPK.
2. Membentuk Tim Task Force Penguatan Budaya Antikorupsi Kemenkes dan Stranas Pencegahan Korupsi melalui SK Inspektur Jenderal Nomor: HK.02.02/G/17/2024 tanggal 2 Januari 2024.
3. Kegiatan Pendidikan/Peningkatan Pengetahuan dan Internalisasi Budaya Antikorupsi melalui kegiatan-kegiatan sebagai berikut:
  - a. Bimbingan Teknis Persiapan Sertifikasi Calon Ahli Pembangun Integritas (API) Skema Muda Jalur Pengalaman, terlaksana di 5 Februari 2024.
  - b. Bimbingan teknis ini dilakukan untuk mengantar para calon Ahli Pembangun Integritas untuk melakukan sertifikasi, jumlah peserta yang dilakukan bimbingan sebanyak 254 orang dan yang lolos menjadi Ahli Pembangun Integritas sejumlah 14 orang.
  - c. Pelaksanaan e-Learning Pengetahuan

Antikorupsi Dasar dan Integritas (eLearning PADI), Batch I terlaksana pada tanggal 20–24 Maret 2024 dan Batch II terlaksana pada tanggal 23–27 Maret 2024. E learning PADI ini diikuti sebanyak 668 dan lulus sebanyak 664 orang. Diharapkan seluruh pegawai Kemenkes diwajibkan untuk mengikuti program e learning PADI secara bertahap.

- d. Pelaksanaan e-Learning Peningkatan Pemahaman Gratifikasi (e-Learning PPG), Batch I terlaksana pada tanggal 1–3 April 2024, sedangkan Batch II terlaksana pada tanggal 18–20 April 2024. Pelaksanaan kegiatan e learning PPG diikuti oleh 664 peserta dengan peserta lulus sejumlah 664 orang. Peningkatan pemahaman gratifikasi ini diprioritaskan kepada pengelola Unit Pengendali Gratifikasi di satuan kerja maupun unit utama.
- e. Pelaporan Hasil Monev Implementasi Renaksi Integritas Duta Prestasi Kemenkes Batch I – II Tahun 2022 (KKP dan Poltekkes), selesai dilaksanakan pada 6 Mei 2024.
- f. Pelatihan Refleksi dan Aktualisasi Integritas (PRESTASI) untuk Kemenkes Batch I Tahun 2024, tanggal 25–28 Juni 2024. Peserta prestasi adalah Kepala Balai/Besar Kekarantina Kesehatan dan Direktur Poltekkes Kemenkes dengan peserta sebanyak 37 orang. Pelaksanaan kegiatan dilakukan di Bapelkes Semarang bersama dengan Tim KPK.
- g. Pelatihan Refleksi dan Aktualisasi Integritas (PRESTASI) untuk Kementerian Kesehatan Tahun 2024 Batch II di Balai Besar Pelatihan Kesehatan Ciloto, Jawa Barat, secara luring pada tanggal 19–23 Agustus 2024.
4. Strategi Nasional Pencegahan Korupsi (Stranas PK) Kementerian Kesehatan. Stranas PK merupakan arah kebijakan nasional yang memuat fokus dan sasaran pencegahan korupsi yang digunakan sebagai acuan kementerian, lembaga, pemerintah daerah dan pemangku

kepentingan lainnya dalam melaksanakan aksi pencegahan korupsi di Indonesia. Sementara itu, Aksi Pencegahan Korupsi yang selanjutnya disebut Aksi PK adalah penjabaran fokus dan sasaran Stranas PK dalam bentuk program dan kegiatan. Pelaksanaan aksi Stranas PK dilakukan setiap dua tahun dan dilakukan evaluasi setiap Triwulan. Hasil evaluasi aksi Stranas PK Kemenkes periode sebelumnya (2021–2022) dengan total empat aksi mencapai nilai 82,1%. Periode Stranas PK Tahun 2023–2024 ini memiliki 15 aksi, dan Kemenkes memiliki enam aksi yang terkait sebagai berikut:

- a. Aksi 2: Penguatan dan Pengendalian Ekspor Impor;
- b. Aksi 4: Reformasi Tata Kelola Pelabuhan;
- c. Aksi 6: Integrasi Perencanaan, Penganggaran dan Pelaporan untuk Sinergi Program Pengentasan Kemiskinan Ekstrim 2023 dan 2024;
- d. Aksi 7: Peningkatan Efektitas Pencegahan Korupsi dalam Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah;
- e. Aksi 9: Mengurangi Risiko Kebocoran Pendapatan Negara melalui Penataan Aset Pemerintah Pusat; dan
- f. Aksi 10: Optimalisasi Interoperabilitas Data Berbasis NIK untuk Program Pemerintah.

Atas pelaksanaan aksi-aksi tersebut di atas: berikut:

- a. Pelaksanaan aksi Pencegahan Korupsi Kemenkes periode 2023–2024 mengalami kenaikan dibandingkan dengan periode 2021–2022, yaitu semula sebesar 82,10% menjadi 93,42% dengan kategori Baik;
- b. Sebanyak 50% aksi Pencegahan Korupsi Kemenkes periode 2023–2024 telah mencapai target 100%; dan
- c. Aksi Pencegahan Korupsi Kemenkes yang

belum mencapai 100% terus berproses untuk pencapaian targetnya dengan koordinasi dari PIC Unit Kerja terkait.

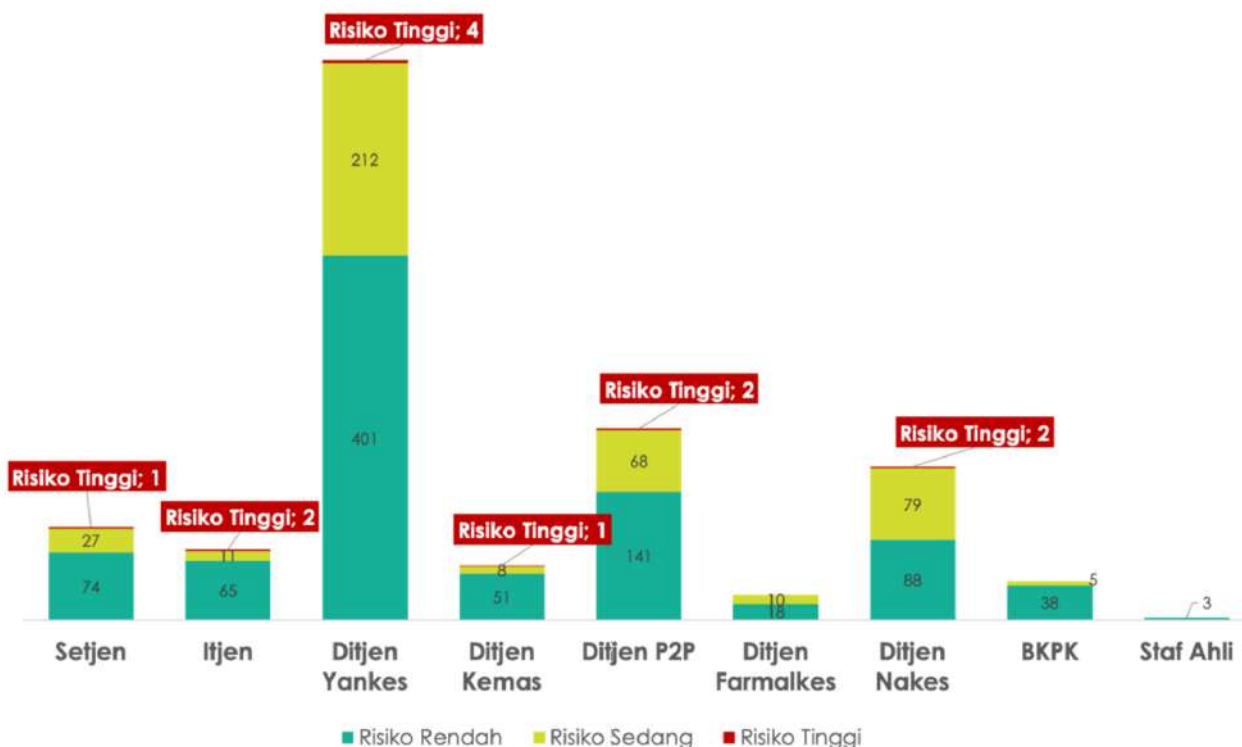
5. Kegiatan pencegahan korupsi melalui pembangunan sistem selama tahun 2024 dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:
  - a. Melakukan optimalisasi pemanfaatan aplikasi profiling risiko integritas pegawai dan organisasi di lingkungan Kemenkes.
  - b. Melakukan pembahasan Matriks Tindak Lanjut Survei Penilaian Integritas Kementerian Kesehatan Tahun 2023 dengan biro/pusat dan set unit utama terkait.
  - c. Melakukan koordinasi revisi Tim Unit Pengendalian Gratifikasi Tingkat Pusat.
  - d. Melakukan koordinasi pembuatan aplikasi Penilaian WBK/WBBM terintegrasi.
  - e. Melakukan koordinasi pembuatan aplikasi sederhana terkait Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Program Pengendalian Gratifikasi oleh Unit Pengendali Gratifikasi di Satuan Kerja dan Unit Utama.
6. Kegiatan Pencegahan Korupsi melalui kegiatan internalisasi budaya anti korupsi dengan cara-cara inovatif dan kreatif, tahun 2024 telah melakukan kegiatan sebagai berikut:
  - a. Podcast atau Sinar Budaya Antikorupsi dilakukan pada tanggal 29 Mei 2024 dengan mengangkat tema tips untuk mendapatkan predikat Wilayah Bebas Korupsi oleh Tim Penilai Nasional. Penyaji dalam hal ini adalah Direktur RS Pusat Otak Nasional didampingi Task Force Penguatan Budaya Antikorupsi yang menyampaikan pengalaman terkait pelaksanaan Pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM di RS PON.
  - b. Melakukan Siaran Radio Kemenkes dengan

tema Internalisasi Budaya Anti Korupsi dilakukan dua kali yaitu:

- Pada tanggal 2 April 2024 dengan narasumber Ketua Task Force (TF) Penguatan Budaya Anti Korupsi, mengangkat judul Pengenalan TF Penguatan Budaya Anti Korupsi beserta program-programnya;
  - Pada tanggal 21 Juni 2024 dengan narasumber Koordinator Pembelajaran Eksternal, Direktorat Pendidikan Komisi Pemberantasan Korupsi, yang dengan judul Integritas ASN melalui Pendidikan Antikorupsi.
- c. Imbauan pelarangan penerimaan gratifikasi pada hari-hari besar melalui surat dan penayangan konten tolak gratifikasi di media sosial Inspektorat Jenderal.
- d. Membuat konten-konten antikorupsi.
- e. Imbauan penayangan video anti korupsi pada kegiatan-kegiatan, video anti korupsi berasal dari internal Kemenkes yang merupakan hasil lomba dalam rangka memperingati Hari Anti Korupsi Sedunia (Hakordia) dan eksternal, dalam hal ini dari KPK.
- f. Talkshow Transformasi Internal dengan tema “Wujud Komitmen Kementerian Kesehatan dalam Memberantas Korupsi” dalam rangka peringatan Hari Antikorupsi Sedunia (HAKORDIA) Tahun 2024.
7. Profiling dilakukan berdasarkan hasil Survei Penilaian Integritas secara elektronik (e-SPI) KPK Tahun 2021 menginformasikan adanya beberapa jenis risiko korupsi di Kementerian Kesehatan. Menindaklanjuti hal tersebut, pada mulai tahun 2022 Inspektorat Jenderal telah melakukan berbagai upaya memperkuat

**Grafik 3.71**

Penilaian Risiko Integritas Pegawai



8. Pengelolaan LHKPN Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.01/MENKES/066/I/2010 sebagaimana telah diperbaharui dengan Permenkes No. 35 Tahun 2017 tentang Pelaporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan mendorong pelaporan LHKPN tersebut kepada seluruh satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan. Sampai dengan laporan kinerjanya ini disusun masih ada 3 orang dari 172 wajib lapor di lingkungan Inspektorat Jenderal yang belum melaporkan LHKPN sehingga capaiannya baru sebesar 98,26%.

9. Pengendalian Gratifikasi di lingkungan Kementerian Kesehatan dilakukan oleh Unit Pengendalian Gratifikasi Kementerian Kesehatan. Berdasarkan Permenkes No.1 Tahun 2022 tentang Pengendalian Gratifikasi di lingkungan Kementerian Kesehatan dinyatakan bahwa salah satu tugas UPG Kementerian Kesehatan adalah menyampaikan hasil pengelolaan laporan penerimaan dan penolakan gratifikasi dan usulan kebijakan pengendalian gratifikasi kepada menteri, serta berkewajiban melakukan pembinaan serta evaluasi dan monitoring terhadap UPG Eselon I dan UPG Pelaksana Teknis. Pada Tahun 2024 terdapat 161 laporan gratifikasi yang diterima oleh UPG Kementerian Kesehatan yang terdiri dari 134 laporan penerimaan dan 27 laporan penolakan. Dari seluruh objek gratifikasi yang dilaporkan tersebut diketahui 42 laporan ditetapkan sebagai milik Negara sementara 119 bukan milik negara.

10. Pencegahan Fraud JKN. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/Menkes/1312/2023 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.01.07/Menkes/718/2019 tentang Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Tingkat Pusat dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan yang ditetapkan pada tanggal 18 April 2023. Tugas tim pencegahan berupa:

k. Berkoordinasi dengan anggota Sub Tim

Pencegahan Fraud JKN (Inspektorat II Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan, Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Kementerian Kesehatan, Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, KPK, BPJS Kesehatan, dan BPKP) terkait hasil Penelusuran Skema Fraud;

l. Menyusun Laporan Kegiatan Penelusuran Skema Fraud untuk 3 (tiga) layanan terpilih yakni layanan sectio Caesaria, Hemodialisis dan Katarak;

m. Melakukan Sosialisasi Pencegahan Fraud JKN;

n. Berkoordinasi dengan seluruh Dinas Kesehatan Provinsi secara daring, untuk melakukan monitoring pembentukan tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan pada Jaminan Kesehatan di tingkat provinsi; dan

o. Menyusun Pedoman Pencegahan dan penanganan Fraud JKN, diawali dengan koordinasi antara Sub Tim Pencegahan dan Sub Tim Penanganan Fraud JKN tingkat pusat pada tanggal 24 Oktober 2024. Output dari koordinasi tersebut telah dihasilkan Draft Pedoman Pencegahan dan penanganan Fraud JKN. Hingga saat ini Pedoman Pencegahan dan penanganan Fraud JKN masih dalam proses penyusunan oleh Sub Tim Pencegahan dan Sub Tim Penanganan Fraud JKN tingkat pusat.

#### Survei Status Gizi Indonesia (SSGI)

Tahun 2024 ini dilakukan pelaksanaan kegiatan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI). Landasan hukum perlunya pelaksanaan SSGI adalah Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN 2020–2024 bahwa masalah kematian ibu dan *stunting* merupakan *major project* nasional. Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2021 mengamanahkan percepatan penurunan *stunting* pada balita. Komitmen pemerintah dengan capaian *Sustainable Development Goal's* (SDG's) tujuan kedua yaitu *zero hunger* serta surat Sekretariat Wakil Presiden (Setwapres) Nomor B.504/



s.b.01.01/07/2019 tentang melaporkan hasil proyek *Investment in Nutrition and Early Years* (INEY) di bawah koordinasi Setwapres. Salah satu program yang disepakati dalam *Disbursement Linked Indicators* (DLI) adalah adanya kewajiban publikasi data stunting tahunan menurut kabupaten/kota.

Kebijakan dan Strategi Percepatan Penurunan *Stunting* di Indonesia menyatakan bahwa sasaran percepatan penurunan stunting adalah tersedianya layanan intervensi spesifik dan tersedianya layanan intervensi sensitif. Indikator antara percepatan penurunan stunting layanan intervensi spesifik meliputi ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK), ibu hamil yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah, remaja putri yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah dan bayi usia kurang dari 6 (enam) bulan mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Kemudian anak usia 6–23 bulan mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), balita gizi buruk yang mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk, balita dipantau pertumbuhan dan perkembangannya, balita gizi kurang yang mendapat tambahan asupan gizi, serta balita yang memperoleh imunisasi dasar lengkap.

Indikator antara percepatan penurunan stunting layanan intervensi sensitif meliputi pelayanan Keluarga Berencana (KB) pascapersalinan, kehamilan yang tidak diinginkan, dan calon Pasangan Usia Subur (PUS) yang memperoleh pemeriksaan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan nikah. Kemudian rumah tangga yang mendapatkan akses air minum layak, rumah tangga yang mendapatkan akses sanitasi layak, Bantuan Jaminan Nasional, dan keluarga berisiko stunting yang memperoleh pendampingan. Lalu keluarga miskin dan rentan yang memperoleh bantuan tunai bersyarat, sasaran yang memiliki pemahaman yang baik tentang stunting, keluarga miskin dan rentan

menerima bantuan sosial pangan, serta desa/kelurahan stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) atau Open Defecation Free (ODF).

Pelaksanaan SSGI 2024 bertujuan untuk mengetahui gambaran status gizi balita stunting, wasting, underweight dan overweight serta capaian target antara melalui pengukuran indikator sasaran intervensi spesifik dan sensitif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara. Hal ini untuk mengukur faktor determinan status gizi balita dan pengukuran antropometri balita (Berat Badan, Panjang/Tinggi Badan dan Lingkar Lengan Atas/LILA) dan ibu balita (Berat Badan/Tinggi Badan). Estimasi lama pengumpulan data per rumah tangga yaitu 60 menit. Hasil SSGI ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pengambil kebijakan dalam mengevaluasi upaya percepatan penanggulangan stunting, wasting, underweight, dan overweight pada balita di Indonesia.

**Tabel 3.58**

Realisasi Anggaran Dibandingkan Indikator Capaian Sasaran Strategis  
Kementerian Kesehatan Tahun 2024

| No  | Sasaran Strategis                                                          | Indikator Kinerja                                                 | Capaian Kinerja (%) | Alokasi Anggaran   | Realisasi Anggaran | Realisasi Anggaran (%) | Efisiensi   |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| (1) | (2)                                                                        | (3)                                                               | (4)                 | (5)                | (6)                | (7 =<br>(6/5X100%))    | (8 = (4-7)) |
| 1   | Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan Pendekatan Keluarga | 1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM                | 88,61               | 941.843.081.000    | 848.249.390.359    | 90,06                  | -1,45       |
|     |                                                                            | 2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup)                              | 96,72               | 39.180.247.000,000 | 37.857.691.111     | 96,62                  | 0,1         |
|     |                                                                            | 3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup)                                | 94,68               | 93.620.501.000     | 76.477.096.996     | 81,69                  | 12,99       |
|     |                                                                            | 4. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) (%)             | 65,11               | 37.825.764.000     | 35.840.249.377     | 94,75                  | -29,64      |
|     |                                                                            | 5. Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)               | 82,35               | 36.784.753.000     | 36.488.802.092     | 99,20                  | -16,85      |
|     |                                                                            | 6. Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV) | 144,44              | 313.625.866.800    | 311.341.644.182    | 99,27                  | 45,17       |
|     |                                                                            | 7. Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)                  | 0                   | 673.438.585.000    | 660.459.625.877    | 98,07                  | -98,07      |

| No  | Sasaran Strategis                                                            | Indikator Kinerja                                                        | Capaian Kinerja (%) | Alokasi Anggaran | Realisasi Anggaran | Realisasi Anggaran (%) | Efisiensi   |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| (1) | (2)                                                                          | (3)                                                                      | (4)                 | (5)              | (6)                | (7 =<br>(6/5X100%))    | (8 = (4-7)) |
|     |                                                                              | 8. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria                        | 99.01               | 1.080.034.25.000 | 106.169.414.029    | 98.27                  | 0.74        |
|     |                                                                              | 9. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta                          | 76.65               | 4.522.147.000    | 4.339.808.191      | 95.96                  | -19.31      |
|     |                                                                              | 10. Indeks pengendalian penyakit menular                                 | 96.21               | 160.820.164.000  | 153.520.369.692    | 95.46                  | 0.75        |
|     |                                                                              | 11. Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun                     | 92.7                | 149.187.594.000  | 105.118.538.694    | 70,46                  | 22.24       |
|     |                                                                              | 12. Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun                         | 114.9               | 12.550.945.000   | 11.261.305.906     | 89,72                  | 25.18       |
|     |                                                                              | 13. Jumlah kabupaten/kota sehat                                          | 100.48              | 6.814.530.286    | 6.774.583.038      | 99,50                  | 0,98        |
| 2   | Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yankes primer | 1. Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar | 100                 | 5.277.916.000    | 3.177.083.201      | 60,20                  | 40          |

| No  | Sasaran Strategis                                                            | Indikator Kinerja                                                                                             | Capaian Kinerja (%) | Alokasi Anggaran  | Realisasi Anggaran | Realisasi Anggaran (%) | Efisiensi   |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| (1) | (2)                                                                          | (3)                                                                                                           | (4)                 | (5)               | (6)                | (7 =<br>(6/5X100%))    | (8 = (4-7)) |
|     |                                                                              | 2. Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar                  | 100,37              | 3.920.464.369.000 | 3.892.231.726.331  | 99.28                  | 1,09        |
| 3   | Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yankes primer | 1. Persentase FKTP terakreditasi                                                                              | 92.51               | 7.639.006.000     | 7.419.767.753      | 97.13                  | -4.62       |
|     |                                                                              | 2. Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas            | 118.04              | 5.410.192.000     | 5.269.119.760      | 97.39                  | 20.65       |
| 4   | Menguatnya tatakelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta       | 1. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar | 97                  | 5.235.100.746.000 | 4.027.271.328.693  | 77,00                  | 20,12       |
| 5   | Menguatnya tatakelola manajemen dan pelayanan spesialistik                   | 1. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit                                                        | 257                 | 282.806.000       | 271.679.477        | 96.06                  | 161,94      |

| No  | Sasaran Strategis                                                                                   | Indikator Kinerja                                                                          | Capaian Kinerja (%) | Alokasi Anggaran | Realisasi Anggaran | Realisasi Anggaran (%) | Efisiensi   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| (1) | (2)                                                                                                 | (3)                                                                                        | (4)                 | (5)              | (6)                | (7 =<br>(6/5X100%))    | (8 = (4-7)) |
| 6   | Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lain             | 1. Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan                                         | 109.3               | 1.115.835.000    | 1.102.721.400      | 98.27                  | 0.74        |
|     |                                                                                                     | 2. Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional                         | 85.29               | 1.164.433.000    | 1.106.450.946      | 95                     | -9.71       |
| 7   | Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri | 1. Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri kabupaten/kota | 100                 | 41.589.352.000   | 38.050.833.390     | 91,49                  | 8,51        |
|     |                                                                                                     | 2. Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri      | 100                 | 157.042.577.000  | 147.500.940.563    | 93,92                  | 6,08        |
|     |                                                                                                     | 3. Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri                               | 100                 | 5.404.670.000    | 4.465.933.947      | 82,63                  | 17,37       |

| No  | Sasaran Strategis                                                                                                                      | Indikator Kinerja                                                                                                 | Capaian Kinerja (%) | Alokasi Anggaran | Realisasi Anggaran | Realisasi Anggaran (%) | Efisiensi   |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| (1) | (2)                                                                                                                                    | (3)                                                                                                               | (4)                 | (5)              | (6)                | (7 =<br>(6/5X100%))    | (8 = (4-7)) |
| 8   | Menguatnya surveilans yang adekuat                                                                                                     | 1. Presentase kabupaten/ kota yang melakukan respon KLB/ wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus) | 111,9               | 30.337.917.600   | 30.011.212.695     | 98,92                  | 12,98       |
| 9   | Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan                                                                                   | 1. Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan Kedaruratan                                  | 100                 | 30.550.950.000   | 30.186.253.510     | 98,81                  | 1,19        |
| 10  | Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif                                                | 1. Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan                               | 158,5               | 1.265.400.000    | 1.260.169.673      | 99,59                  | 58,91       |
| 11  | Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>universal health coverage</i> (UHC) | 1. Proporsi Out Of Pocket (OOP) terhadap total belanja kesehatan                                                  | 57                  | 1.750.530.000    | 1.626.074.600      | 92,89                  | -35,89      |



| No  | Sasaran Strategis                                                                                                                                               | Indikator Kinerja                                                                                   | Capaian Kinerja (%) | Alokasi Anggaran  | Realisasi Anggaran | Realisasi Anggaran (%) | Efisiensi   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| (1) | (2)                                                                                                                                                             | (3)                                                                                                 | (4)                 | (5)               | (6)                | (7 =<br>(6/5X100%))    | (8 = (4-7)) |
| 12  | Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas                                                                                            | 1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar                                            | 61,03               | 124.074.734.000   | 106.526.598.883    | 85,86                  | -19,34      |
| 13  | Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan                                                                                           | 1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya                    | 101,7               | 3.487.164.779.000 | 3.405.780.561.493  | 97,67                  | 4,03        |
| 14  | Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan                                                                                       | 1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi                                            | 100                 | 40.667.250.000    | 37.716.932.291     | 92,75                  | 7,25        |
| 15  | Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti | 1. Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia | 123,9               | 515.473.650.000   | 436.826.387.485    | 84,67                  | 39,23       |
|     |                                                                                                                                                                 | 2. Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan          | 100                 | 6.253.794.000     | 5.628.327.287      | 90,00                  | 10,00       |

| No     | Sasaran Strategis                               | Indikator Kinerja                                                    | Capaian Kinerja (%) | Alokasi Anggaran   | Realisasi Anggaran | Realisasi Anggaran (%) | Efisiensi   |
|--------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| (1)    | (2)                                             | (3)                                                                  | (4)                 | (5)                | (6)                | (7 =<br>(6/5X100%))    | (8 = (4-7)) |
| 16     | Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti | 1. Presentasi kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan | 108,6               | 724.000.000,00     | 721.667.566,00     | 99,68                  | 8,92        |
| 17     | Meningkatnya tatakelola pemerintahan yang baik  | 1. Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik                     | 120,16              | 337.204.992.000    | 266.577.722.156    | 79,06                  | 41,10       |
| Jumlah |                                                 |                                                                      | 98,88               | 56.642.331.105.686 | 14.844.628.012.644 | 89,38                  | 10,28       |

Dari tabel di atas diperoleh informasi persentase realisasi kinerja masing-masing Indikator Sasaran Strategis beserta persentase realisasi anggaran untuk masing-masing Indikator Sasaran Strategis.

Dari tabel di atas diperoleh efisiensi sumber daya sepanjang tahun 2024 sebagai berikut:

1. Realisasi Anggaran Pencapaian Indikator Sasaran Strategis: 14.844.628.012.644
2. Alokasi Anggaran Indikator Sasaran Strategis: 56.642.331.105.686
3. Persentase Efisiensi Kinerja: 89,38

Dibandingkan dengan rata-rata capaian kinerja sebesar 120,16 dengan persentase realisasi anggaran sebesar 89,38 menunjukkan adanya efisiensi anggaran sebesar 10,28.

B. REALISASI ANGGARAN

1. Realisasi DIPA Kementerian Kesehatan

Gambaran alokasi dan realisasi anggaran kementerian Kesehatan Tahun 2020 sampai dengan tahun 2024 digambarkan sebagai berikut:

Tabel 3.59  
Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024

| Tahun Anggaran | Alokasi (Rp)        | Realisasi (Rp)      | %     |
|----------------|---------------------|---------------------|-------|
| 2020           | 107.033.608.465.000 | 102.207.399.746.493 | 95,49 |
| 2021           | 214.443.818.867.000 | 208.317.674.868.245 | 97,14 |
| 2022           | 130.679.812.498.000 | 121.059.058.525.501 | 92,64 |
| 2023           | 97.443.047.990.000  | 94.561.148.260.690  | 97,04 |
| 2024           | 99.866.882.949.000  | 94.947.201.075.394  | 95,07 |

Realisasi tahun 2020 Realisasi tahun 2020 untuk semua jenis belanja mencapai 95,49% atau sebesar Rp102.207.399.746.493. dari total pagu sebesar Rp107.033.608.465.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, dan Hibah Langsung Luar Negeri.

Realisasi tahun 2021 untuk semua jenis belanja mencapai 97,14% atau sebesar Rp208.317.674.868.245. dari total pagu sebesar Rp214.443.818.867.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Langsung Luar Negeri, dan Hibah Langsung Dalam Negeri.

Realisasi tahun 2022 untuk semua jenis belanja mencapai 92,64%. Dimana alokasi sebesar Rp130.679.812.498.000, terealisasi Rp121.059.058.525.501. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Langsung Luar Negeri, dan Hibah Langsung Dalam Negeri.

Realisasi belanja Kementerian Kesehatan Tahun 2023 adalah sebesar Rp94.561.148.260.690,00 atau 97,04% dari anggaran belanja sebesar Rp97.443.047.990.000,00 (sumber: Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan Tahun 2023, Unaudited).

Realisasi belanja Kementerian Kesehatan Tahun 2024 adalah sebesar Rp94.947.201.075.394,00 atau 95,07% dari total alokasi anggaran sebanyak Rp99.866.882.949.000,00 (sumber: Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kementerian Keuangan tanggal 14 Januari 2025).

**Tabel 3.60**  
Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja menurut Jenis Belanja Tahun 2024

Sumber data: Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kementerian Keuangan per 14 Januari 2025

| Kode Akun | Jenis Belanja          | Anggaran (Rp)      | Realisasi (Rp)     | %     |
|-----------|------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| 51        | Belanja Pegawai        | 6.059.007.443.000  | 5.907.928.478.458  | 97,51 |
| 52        | Belanja Barang         | 36.387.160.998.000 | 32.973.222.052.686 | 90,62 |
| 53        | Belanja Modal          | 11.246.196.149.000 | 9.967.336.096.150  | 88,63 |
| 57        | Belanja Bantuan Sosial | 46.174.518.359.000 | 46.098.714.448.100 | 99,84 |
| Jumlah    |                        | 99.866.882.949.000 | 94.947.201.075.394 | 99,84 |

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan berdasarkan jenis belanja tahun 2024, untuk belanja pegawai terealisasi Rp5.907.928.478.458 atau 97,51% dari total alokasi Rp6.059.007.443.000. Adapun untuk belanja barang direalisasikan Rp32.973.222.052.686 atau 90,62% dari total anggaran Rp 36.387.160.998.000.

Adapun untuk belanja modal terealisasi sebesar Rp9.967.336.096.150 atau sebesar 88,63% dari total anggaran Rp 11.246.196.149.000. Sedangkan untuk belanja bantuan sosial terealisasi sebesar Rp46.098.714.448.100 atau sebesar 99,84% dari total anggaran Rp46.174.518.359.000.

**Tabel 3.61**  
Anggaran dan Realisasi Belanja Menurut Program Tahun 2024

Sumber: Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kementerian Keuangan per 14 Januari 2025

| Program                                                  | Anggaran (Rupiah)  | Realisasi (Rupiah) | %     |
|----------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| Program Kesehatan Masyarakat                             | 946.265.050.000    | 485.737.954.971    | 95,49 |
| Program Pelayanan Kesehatan dan JKN                      | 82.703.447.925.000 | 79.174.540.928.987 | 97,14 |
| Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi                  | 3.516.735.786.000  | 3.410.224.464.071  | 92,64 |
| Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit             | 2.759.329.509.000  | 2.605.922.857.192  | 94,44 |
| Program Riset dan Inovasi Ilmu Pengetahuan dan Teknologi | 359.197.143.000    | 294.413.876.051    | 81,96 |
| Program Dukungan Manajemen                               | 9.581.907.536.000  | 8.976.360.994.122  | 93,68 |
| Jumlah Belanja                                           | 99.866.882.949.000 | 94.947.201.075.394 | 95,07 |

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan menurut program Tahun 2024 meliputi program kesehatan masyarakat terealisasi Rp946.265.050.000 atau 51,33% dari total alokasi Rp946.265.050.000. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN direalisasikan Rp79.174.540.928.987 atau 95,73% dari total anggaran Rp82.703.447.925.000. Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi terealisasi sebesar Rp3.410.224.464.071 atau sebesar 96,97% dari

total anggaran Rp 3.516.735.786.000. program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terealisasi Rp 2.605.922.857.192 atau 94,44% dari total anggaran Rp2.759.329.509.000. Program Riset dan Inovasi Ilmu Pengetahuan dan Teknologi terealisasi Rp294.413.876.051 atau 81,96% dari total anggaran Rp359.197.143.000. Adapun untuk Program Dukungan Manajemen terealisasi sebesar Rp8.976.360.994.122 atau 93,68% dari total anggaran Rp9.581.907.536.000.

**Tabel 3.62**  
**Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja Menurut Unit Eselon I Tahun 2024**

Sumber: Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kementerian Keuangan per 14 Januari 2025

| Eselon I         | Jenis Belanja          | Anggaran (Rp)      | Realisasi (Rp)     | %     |
|------------------|------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| Setjen           | Belanja Pegawai        | 1.230.692.443.000  | 1.188.406.001.674  | 96,56 |
|                  | Belanja Barang         | 4.488.769.277.000  | 4.284.476.972.211  | 95,45 |
|                  | Belanja Modal          | 113.339.620.000    | 85.405.750.088     | 75,35 |
|                  | Belanja Bantuan Sosial | 46.168.338.062.000 | 46.096.223.509.300 | 99,84 |
|                  | Jumlah                 | 52.001.139.402.000 | 51.654.512.233.273 | 99,33 |
| Itjen            | Belanja Barang         | 35.819.377.000     | 34.979.396.529     | 97,65 |
|                  | Jumlah                 | 35.819.377.000     | 34.979.396.529     | 97,65 |
| Ditjen<br>Kesmas | Belanja Pegawai        | 188.898.890.000    | 180.930.762.190    | 95,78 |
|                  | Belanja Barang         | 1.385.421.408.000  | 834.370.855.647    | 60,23 |
|                  | Belanja Modal          | 40.399.738.000     | 39.449.255.231     | 97,65 |
|                  | Belanja Bantuan Sosial | 6.180.297.000      | 2.490.938.800      | 40,30 |
|                  | Jumlah                 | 1.620.900.333.000  | 1.057.241.811.868  | 65,23 |

| Eselon I         | Jenis Belanja   | Anggaran (Rp)      | Realisasi (Rp)     | %     |
|------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-------|
| Ditjen Yankes    | Belanja Pegawai | 2.931.726.461.000  | 2.868.469.914.169  | 97,84 |
|                  | Belanja Barang  | 19.732.899.951.000 | 17.440.939.470.350 | 88,39 |
|                  | Belanja Modal   | 10.177.496.335.000 | 8.947.698.506.089  | 87,92 |
|                  | Jumlah          | 32.842.122.747.000 | 29.257.107.890.608 | 89,08 |
| Ditjen P2P       | Belanja Pegawai | 504.109.787.000    | 493.060.699.542    | 97,81 |
|                  | Belanja Barang  | 2.320.311.504.000  | 2.215.008.972.867  | 95,46 |
|                  | Belanja Modal   | 98.612.562.000     | 95.361.516.592     | 96,70 |
|                  | Jumlah          | 2.923.033.853.000  | 2.803.431.189.001  | 95,91 |
| Ditjen Farmalkes | Belanja Pegawai | 60.057.503.000     | 57.892.697.421     | 96,40 |
|                  | Belanja Barang  | 4.198.860.768.000  | 4.146.952.752.290  | 98,76 |
|                  | Belanja Modal   | 43.272.836.000     | 42.754.155.136     | 98,80 |
|                  | Jumlah          | 4.302.191.107.000  | 4.247.599.604.847  | 98,73 |
| Badan KPK        | Belanja Barang  | 456.892.546.000    | 387.907.799.264    | 84,90 |
|                  | Belanja Modal   | 8.016.227.000      | 7.938.983.101      | 99,04 |
|                  | Jumlah          | 464.908.773.000    | 395.846.782.365    | 85,15 |
| Ditjen Nakes     | Belanja Pegawai | 1.143.522.359.000  | 1.119.168.403.462  | 97,87 |
|                  | Belanja Barang  | 3.768.186.167.000  | 3.628.585.833.528  | 96,30 |
|                  | Belanja Modal   | 765.058.831.000    | 748.727.929.913    | 97,87 |
|                  | Jumlah          | 5.676.767.357.000  | 5.496.482.166.903  | 96,82 |
|                  | Total           | 99.866.882.949.000 | 94.947.201.075.394 | 95,07 |



Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan menurut unit eselon I Tahun 2024 meliputi Sekretariat Jenderal terealisasi Rp51.654.512.233.273 atau 99,33% dari total alokasi Rp52.001.139.402.000. Inspektorat Jenderal direalisasikan Rp34.979.396.529 atau 97,65% dari total anggaran Rp35.819.377.000. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat terealisasi sebesar Rp1.057.241.811.868 atau sebesar 65,23% dari total anggaran Rp1.620.900.333.000. Untuk Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terealisasi Rp32.842.122.747.000 atau 89,08% dari total anggaran Rp36.757.107.890.608. Direktorat

Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terealisasi Rp2.803.431.189.001 atau 95,91% dari total anggaran Rp2.923.033.853.000. Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan terealisasi Rp4.247.599.604.847 atau 98,73% dari total anggaran Rp4.302.191.107.000. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan terealisasi sebesar Rp395.846.782.365 atau 85,15% dari total anggaran Rp464.908.773.000. Adapun untuk Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terealisasi Rp5.496.482.166.903 atau 96,82% dari total anggaran Rp5.676.767.357.000.

## C. PENGHARGAAN KEMENTERIAN KESEHATAN TAHUN 2025

### 1. Award Kehumasan

Peningkatan kualitas kinerja unit kerja dapat dilihat dari berbagai apresiasi yang diterima dalam bidang kehumasan yang mana hal tersebut merupakan salah satu Indikator Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang

menjadi tanggung jawab Biro Komunikasi dan Pelayanan Kesehatan yaitu "Award Kehumasan Kementerian Kesehatan". Adapun apresiasi yang diterima oleh Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik untuk Kementerian Kesehatan tersebut antara lain:

- a. Pemenang PRIA 2024 Kanal Digital Media Sosial Kementerian Kesehatan



a. Silver Winner (PR Inndonesia Award 2024)  
Kategori Media Sosial Tiktok



c. Bronze Winner (PR Indonesia Award 2024)  
Kategori Media Sosial Youtube



b. Silver Winner (PR Inndonesia Award 2024)  
Kategori Media Sosial Instagram



- a. Penghargaan SPS Silver winner untuk Majalah Medikom Bulan Maret 2023



- b. Penghargaan SPS Gold winner untuk Majalah Medikom Bulan Februari 2023



## 2. Award Penetapan Pusat Unggulan dalam Sistem Pembelajaran Terintegrasi Nasional

KEPUTUSAN KEPALA LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA  
NOMOR: 560/K.1/HKM.02.2/2024  
TENTANG  
PENETAPAN PUSAT UNGGULAN  
DALAM SISTEM PEMBELAJARAN TERINTEGRASI PADA TINGKAT NASIONAL  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
KEPALA LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka penyelenggaraan sistem pembelajaran terintegrasi pada tingkat nasional untuk mendukung pencapaian tujuan prioritas pembangunan nasional, bersifat lintas instansi dan mempermudah akses pegawai aparatur sipil negara dalam pelaksanaan pengembangan kompetensi, perlu menetapkan instansi pemerintah sebagai Pusat Unggulan pada substansi teknis sesuai dengan tugas dan fungsinya;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara tentang Penetapan Pusat Unggulan dalam Sistem Pembelajaran Terintegrasi pada Tingkat Nasional;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 63, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6037) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 65, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6477);
3. Peraturan Presiden Nomor 93 Tahun 2024 tentang Lembaga Administrasi Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 184);
4. Peraturan Lembaga Administrasi Negara Nomor 8 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Administrasi Negara (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 494) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Lembaga Administrasi Negara Nomor 7 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Lembaga Administrasi Negara Nomor 8 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Administrasi Negara (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 950);

Dokumen ini telah dibundel dengan secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Sertifikasi Elektronik (BSEK), BSSN

KEPUTUSAN KEPALA LEMBAGA  
ADMINISTRASI NEGARA  
NOMOR: 560/K.1/HKM.02.2/2024  
TENTANG PENETAPAN PUSAT UNGGULAN  
DALAM SISTEM PEMBELAJARAN  
TERINTEGRASI PADA TINGKAT NASIONAL

### CENTER OF EXCELLENCE

| No. | Center of Excellence                               |                                                                                   | Substansi Teknis                        |
|-----|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|     | Instansi Pemerintah                                | Unit Organisasi                                                                   |                                         |
| 1.  | Badan Nasional Penanggulangan Bencana              | Pusat Pendidikan dan Pelatihan Penanggulangan Bencana                             | Bidang Penanggulangan Bencana           |
| 2.  | Kementerian Kesehatan                              | Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan                                      | Bidang Kesehatan                        |
| 3.  | Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah | Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Pengadaan Barang/Jasa                         | Bidang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah |
| 4.  | Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan         | Pusat Pendidikan dan Pelatihan Sumber Daya Manusia Lingkungan Hidup dan Kehutanan | Bidang Kehutanan                        |
| 5.  | Kementerian Pertanian                              | Pusat Pelatihan                                                                   | Bidang Pertanian                        |

Pt. KEPALA  
LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA,



MUHAMMAD TAUFIQ

### REVISI URAIAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA TENTANG PENETAPAN PUSAT UNGGULAN DALAM SISTEM PEMBELAJARAN TERINTEGRASI PADA TINGKAT NASIONAL.
- KESATU : Menetapkan unit organisasi yang menyelenggarakan tugas di bidang penyelenggaraan pengembangan kompetensi di lingkungannya pada instansi sebagai Pusat Unggulan yang selanjutnya disebut *Center of Excellence*.
- KEDUA : *Center of Excellence* melaksanakan pembinaan substansi teknis sesuai dengan tugas dan fungsi instansi pemerintah dalam rangka pemenuhan kompetensi jabatan dan/atau pencapaian prioritas pembangunan nasional.
- KETIGA : Dalam rangka pelaksanaan pembinaan substansi teknis sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEDUA, *Center of Excellence* melaksanakan fungsi mempermudah akses pembelajaran bagi pegawai aparatur sipil negara melalui penyediaan konten pembelajaran, strategi, dan program pengembangan kompetensi.
- KEEMPAT : *Center of Excellence* dan substansi teknis sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dan Diktum KEDUA tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Kepala ini.
- KELIMA : Keputusan Kepala ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 15 November 2024

Pt. KEPALA  
LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA,



MUHAMMAD TAUFIQ

Tembusan Yth.:

1. Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi;
2. Menteri Kesehatan;
3. Menteri Kehutanan;
4. Menteri Pertanian;
5. Kepala Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah; dan
6. Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.



### 3. Award Percepatan Akreditasi Perpustakaan

# SERTIFIKAT APRESIASI

NOMOR: PPM.02/674/2025

DIBERIKAN KEPADA:

**Sekretariat Direktorat Jenderal  
Sumber Daya Manusia Kesehatan**

atas peran aktif dalam kegiatan Percepatan Akreditasi Perpustakaan di Lingkungan Direktorat  
Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI tahun 2023 – 2024.

Jakarta, 14 Januari 2025  
Direktur Standardisasi dan Akreditasi



Dra. Made Ayu Wirayati, M.I.Kom.



#### 4. Award ISO

Implementasi Keamanan Siber sebagai Pencegahan Kejahatan Siber untuk Jaringan Data dan Layanan Web di Sekretariat Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan



ZERTIFIKAT ◆ CERTIFICATE ◆ 認證證書 ◆ CERTIFICATO ◆ CERTIFICAT ◆ شهادة



## CERTIFICATE

**SEKRETARIAT DIREKTORAT JENDERAL SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

ADDRESS: JL. HANG JEBAT III, F-3, KEL. GUNUNG, KEC. KEBAYORAN BARU, KOTA ADM. JAKARTA SELATAN, PROV. DKI JAKARTA 12120, INDONESIA

The information security management system of the above organization has been audited based on control defined in the Statement of Applicability and the below mentioned standard

**ISO/IEC 27001:2022**

For The Following Scope

**IMPLEMENTATION OF CYBER SECURITY AS PREVENTION OF CYBER CRIME FOR DATA NETWORK AND WEB SERVICE AT THE SECRETARIAT OF THE DIRECTORATE GENERAL OF HUMAN RESOURCES FOR HEALTH, MINISTRY OF HEALTH**

DATE OF STATEMENT OF APPLICABILITY: 25TH JULY 2024 (VERSION: 00), DOCUMENT NO. 03134

Certificate No. : QAIS-IS-INDO-SD-09.24.010

\*This certificate is issued in accordance with the QACS International Pvt. Ltd. auditing and Certification procedures and it is remain valid subject to annual surveillance audit.

|                              |              |                          |              |
|------------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| Certificate Issue Date       | : 26.11.2024 | 1st Surveillance Date    | : 25.11.2025 |
| Date of Initial Registration | : 26.11.2024 | 2nd Surveillance Date    | : 25.11.2026 |
| Certificate Validity         | : 03 Years   | *Certificate Expiry Date | : 25.11.2027 |

Note: Certificate shall be valid after surveillance, only if continuation letter by QACS is present.

QACS International Pvt. Ltd.  
103 Lubbock, Regency, 402 Old Passaic,  
Basking Ridge, NJ 07001, India  
Email: info@qacsintl.com  
To check the certificate validity please refer:  
URL: www.qacsintl.com &  
www.iso27001.org

QACS Accredited By:  
International Accreditation Service (IAS)  
3000 S. Bascom Avenue, Suite 100, San Jose, CA 95128-1712, USA  
United States Of America (USA)  
URL: www.iasinc.org



\*To check the current validity of the certificate, kindly scan the QR code and follow the link.

Disclaimer: - This certificate is issued on the basis of random on-site inspection w.r.t. System Product Certification of organisation as per the standard mentioned. This Certification does not involve any financial auditing. This certificate cannot be used as justification for turning any type of deposit schemes. QACS will not be responsible if someone give deposit/advance based on this System Product certification misguiding at as international financial audit.



## 5. Penghargaan Lembaga Negara

- a. Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan melalui Sekretariat Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan meraih piagam penghargaan Zero Retur Periode Semester I Tahun Anggaran 2024 oleh Kepala KPPN Jakarta VII.



- b. Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan mendapatkan predikat unggul dengan skor IKK sebesar 92,54 untuk Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Fraksionasi Plasma dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2021 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik dengan predikat sangat baik dengan skor IKK sebesar 88,21 oleh Lembaga Administrasi Negara (LAN).

### NILAI INDEKS KUALITAS KEBIJAKAN (IKK) 2024 PER KEBIJAKAN

| Nama Kebijakan                                                                            | Unit Eselon II/I Pemrakarsa                                                    | Skor IKK | Predikat    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|
| Peraturan Menteri Kesehatan No.4/2023 Tentang Penyelenggaraan Fraksionasi Plasma          | Direktorat Produksi dan Distribusi Kefarmasian/ Ditjen Kefarmasian dan Alkes   | 92.54    | Unggul      |
| Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34/2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik | Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian/ Ditjen Kefarmasian dan Alkes | 88.21    | Sangat Baik |

Keterangan: Penyampaian Nilai IKK atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Fraksionasi Plasma dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2021 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik

- a. Unit Pelaksana Teknis (UPT) Pengamanan Alat dan Fasilitas Kesehatan di lingkungan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan meraih penghargaan terkait pelayanan publik yakni sebagai UPT dengan Pemantauan dan Evaluasi Kinerja Penyelenggara Pelayanan Publik Pemerintah (PEKPPP) Tahun 2024 serta UPT dengan Kepatuhan Interaksi Pelayanan Publik Tahun 2024.



- b. Unit Kearsipan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan meraih peringkat pertama dengan nilai 99,20 kategori AA “Sangat Memuaskan” dalam Pengawasan Kearsipan Internal Tahun 2024.



- a. Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan mendapatkan penghargaan dari Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) sebagai Mitra Strategis KPK yang telah melaksanakan kerja sama Program Diklat dan Sertifikasi Sektor Antikorupsi Tahun 2024, yang diserahkan pada peringatan Hari Antikorupsi Sedunia Tahun 2024.



- b. Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan mendapatkan penghargaan dari Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) sebagai Kementerian/Lembaga Teraktif dalam Pemberdayaan Penyuluh Antikorupsi dan Ahli Pembangun Integritas (PAKSI-API) Tahun 2024, yang diserahkan pada peringatan Hari Antikorupsi Sedunia Tahun 2024.





## 6. Apresiasi Mancanegara

- a. Apresiasi atas dukungan serta kontribusi Menteri Kesehatan RI dalam acara *No Time to Gamble* dari Former Co-Chair of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. The Independent Panel memuji upaya Indonesia untuk membentuk Pandemic Fund dan menghargai masukan Indonesia mengenai perlunya kesiapsiagaan dan respons terhadap pandemi dalam konteks “peace time” dan “war time”, serta penetapan medical countermeasures sebagai public goods pada saat krisis. H.E. Ellen Johnson Sirleaf dan Former Co-Chair of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, memberikan apresiasi atas dukungan dan partisipasi sebagai pembicara pada peluncuran laporan *No Time to Gamble: Leaders Must Unite to Prevent Pandemics*. Laporan ini menyoroti kurangnya kemajuan dalam kesiapsiagaan dan respons pandemi dan bahwa dengan kepemimpinan tingkat tinggi, dunia dapat menjadi lebih aman dari ancaman pandemi.
- Keterangan: Dokumentasi Apresiasi



Dr. H.E. Ellen Johnson Sirleaf  
Former Co-Chair of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response  
H.E. Ellen Johnson Sirleaf  
Former Co-Chair of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response  
H.E. Ellen Johnson Sirleaf  
Former Co-Chair of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response

20 June 2023

Honorable Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA)  
Ministry for Health, Republic of Indonesia

RE: Appreciation for speaking at No Time to Gamble

Honorable Minister,

On behalf of all 100+ member states and non-state actors, thank you for joining and speaking at the launch of our new report - *No Time to Gamble: Leaders Must Unite to Prevent Pandemics*.

While pointing out the dangerous lack of progress on pandemic preparedness and response, the report also highlights that with high-level leadership the world could be made safer from pandemic threats and prevent pandemic outbreaks. We hope that this report and the meeting it will not only encourage an acceleration of progress over the next health summit.

Previous health summits along with other former members of the Independent Panel, remain committed to advocating for the necessary reforms to national, regional, and international systems for pandemic preparedness and response.

The new report affirms the importance of learning from and acting on the lessons of COVID-19. We commend Indonesia's effort to establish The Pandemic Fund and appreciate your comments on the need for both a "peace" and "war" time focus for pandemic preparedness and response, and the designation of countermeasures as global public goods.

We look forward to a continued collaboration on this as we all strive towards a common goal of making the world safer from pandemic threats.

Yours sincerely,

H.E. Helen Clark  
Former Co-Chair of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response

H.E. Helen Clark  
Former Co-Chair of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response  
H.E. Helen Clark  
Former Co-Chair of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response

atas dukungan serta kontribusi Menteri Kesehatan RI dalam acara *No Time to Gamble* dari Former Co-Chair of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response

- b. Appreciation for Successful Collaboration on the ASEAN-ROK Health Sector



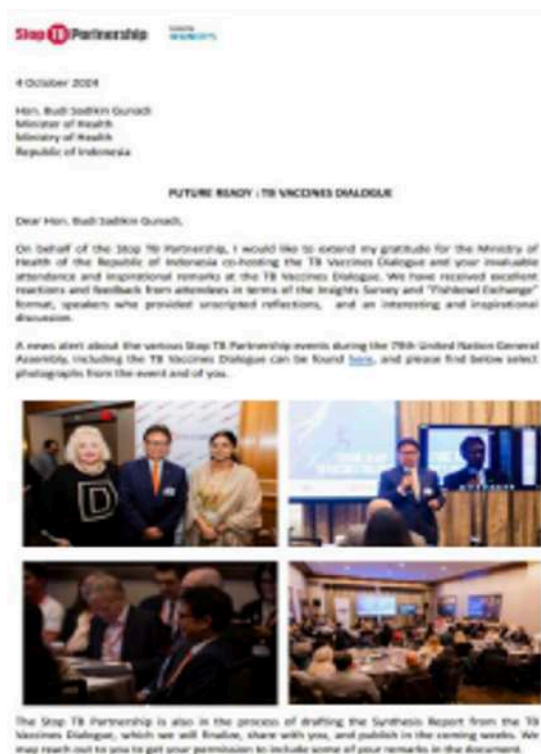
Cooperation Project Penghargaan dimaksudkan sebagai bentuk apresiasi dari Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA), sebuah lembaga pemerintah di bawah Kementerian Kesehatan Republik Korea Selatan yang bertanggung jawab atas peninjauan klaim dan penilaian kualitas Asuransi Kesehatan Nasional, yang ditujukan kepada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia atas keterlibatan secara aktif dalam “Pembentukan Sistem Cloud e-Government ASEAN untuk Penanggulangan Penyakit Menular tahun 2023”. Sebagai informasi bahwa HIRA mengusulkan sebuah proyek yang

- a. diberi nama *Indonesian Pharmaceutical Information System (IPIS) dan Standardized EMR Construction for Indonesia and utilization of Korea The Drug Utilization Review (DUR) Database (DUR DB)*. Adapun tujuan dari pelaksanaan proyek ini adalah membangun sistem informasi distribusi kefarmasian yang terintegrasi di Indonesia. Keterlibatan Kementerian Kesehatan RI dalam penyusunan laporan akhir proyek berupa penyelenggaraan pertemuan dan lokakarya sangat bermanfaat bagi HIRA dalam meningkatkan pemahaman tentang proses distribusi dan manajemen farmasi di Indonesia. Secara khusus, pihak HIRA sangat terkesan dengan kemajuan dalam manajemen farmasi dan pengembangan sistem teknologi informasi dan komunikasi yang relevan.

- b. Appreciation for Future Ready: TB Vaccines

## Dialogue

Dr. Lucica Ditiu, Executive Director dari Stop TB Partnership, menyampaikan apresiasi atas partisipasi dan kontribusi atas penyelenggaraan *TB Vaccines Dialogue* yang diselenggarakan bersama oleh Kementerian Kesehatan RI dan Stop TB Partnership di sela Sidang Majelis Umum PBB bulan September 2024. Pertemuan telah mendapatkan respons positif dari para peserta dan diskusi yang berkembang menarik untuk diikuti. Pertemuan diharapkan dapat mempercepat penemuan vaksin TB dalam upaya mengakhiri TB pada tahun 2030.



- a. Appreciation for Participation in “What is needed to close the vaccine introduction gap in Middle-Income Countries?” on the sidelines of the World Health Assembly and for attending our Bilateral Meeting on May 27”



Thabani Maphosa, Managing Director Gavi, menyampaikan apresiasi atas partisipasi dan kontribusi pada kegiatan bertema “What is needed to close the vaccine introduction gap in Middle-Income Countries?” di sela World Health Assembly ke-77 bulan Mei 2024 di Jenewa. Perspektif Indonesia pada kegiatan dimaksud telah memantik diskusi yang informatif. Kegiatan dinilai sukses dalam memberikan peserta pemahaman yang lebih baik tentang tantangan dan pengalaman LMICs dalam menutup kesenjangan introduksi vaksin baru. Gavi juga sampaikan apresiasi atas kemajuan pesat yang berhasil dicapai Indonesia dalam introduksi 3 (tiga) vaksin baru dalam jangka waktu 12 bulan.

- b. Apresiasi Pemerintah Vanuatu kepada Pemerintah Indonesia  
Melalui surat kabar dan media sosial, Pemerintah Vanuatu menyampaikan apresiasi kepada Pemerintah Indonesia telah melaksanakan kegiatan peningkatan kapasitas *Basic Cardiac Life Support and Fluid Electrolyte Imbalance* (BTCLS) bagi 20 (orang) perawat Vanuatu pada tanggal 4–16 November 2024 di Port Vila Vanuatu.







- a. Pelatihan merupakan tindak lanjut hasil scoping mission kerja sama pembangunan pada 9–16 Agustus 2024 ke Vanuatu. Rekomendasi kegiatan potensial hasil *scoping mission* berupa penguatan kapasitas sektor kesehatan, yaitu:

- Pelatihan perawat *offline* dan *Training of Trainers* (ToT)
- Optimalisasi beasiswa perawat melalui *the Indonesian Aid Scholarship* (TIAS),
- Program coaching teaching (teknik mengajar) bagi tenaga pendidik di *Nurse College*.

Kegiatan pelatihan merupakan komitmen Indonesia dalam melaksanakan visi *Pacific Elevation* untuk meningkatkan *engagement* melalui penguatan kerja sama ekonomi dan pembangunan dengan negara-negara di kawasan Pasifik, termasuk Vanuatu. Upaya dimaksud diharapkan dapat mendukung upaya diplomasi Indonesia secara umum di tingkat regional dan multilateral, seperti *forum Melanesian Spearhead Group* (MSG) dan *Pacific Islands Forum* (PIF), PBB maupun dengan tiap negara secara bilateral.



BAB /

## Penutup

Disini adalah kami menyampaikan dan berucap syukur kepada Allah dan manusia yang telah membantu kami dalam proses ini.



Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2024 disusun sebagai bentuk akuntabilitas dan pertanggungjawaban Kementerian Kesehatan secara berkala dan merupakan laporan tahun terakhir periode Renstra Tahun 2020–2024. Laporan disampaikan dengan menyampaikan analisis kinerja berdasarkan Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024. Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2024 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.

Berdasarkan capaian kinerja tahun 2024 masih diperlukan upaya-upaya lebih lanjut untuk mencapai sasaran strategis dan Indikator Sasaran Strategis yang merupakan Indikator Kinerja Utama (IKU) Kementerian Kesehatan.

Dari 35 Indikator Kinerja pada 17 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2024, terdapat 25 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang pencapaiannya mencapai target  $\geq 95\%$  (kategori sudah tercapai on track/on trend). Terdapat enam Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai target  $< 95\%$  dan  $\geq 75\%$  (kategori perlu kerja keras), terdapat empat Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai mencapai target  $< 75\%$  (kategori sulit tercapai).

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

1. AKI (per 100.000 kelahiran hidup) tercapai 189 (SP 2020 Longform 2020) dari target 183/100.000 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 96,72%.
2. Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV) tercapai 0,10 dari target 0,18 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 144,4%.
3. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria tercapai 401 dari target 405 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 99,01%.
4. Indeks pengendalian penyakit menular tercapai 0,5666 dari target 0,5889 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 96,21%.
5. Persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun tercapai 7,4 dari target 8,7 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 114,94%.
6. Jumlah kabupaten/kota sehat tercapai 422 dari target 420 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100,48%.
7. Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar tercapai 100 dari target 100 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.
8. Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar tercapai 92,34 dari target 92 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100,37%.
9. Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas tercapai 94,43 dari target 80 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 118,04%.
10. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar tercapai 97,12 dari target 100 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 97,12%.
11. Persentase penurunan jumlah kematian di RS tercapai 0,97 dari target  $< 2,5$  atau persentase pencapaian kinerja sebesar 258%.
12. Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan tercapai 98,37 dari target 90 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 98,37%.
13. Jumlah RS yang memiliki layanan unggulan internasional tercapai 24 dari target 24 atau

persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.

14. Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri tercapai 20 dari target 20 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.
15. Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri tercapai 17 dari target 17 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.
16. Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri tercapai 17 dari target 17 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.
17. Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus) tercapai 84,49 dari target 80 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 111,9%.
18. Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar tercapai 38 dari target 38 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.
19. Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan tercapai 192 dari target 100 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 192%.
20. Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya tercapai 61,03 dari target 60 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 101,72%.
21. Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi tercapai 100 dari target 100 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.
22. Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia tercapai 49.558 dari target 40.000 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 123,9%.

23. Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan tercapai 30 dari target 30 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.

24. Persentase kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan tercapai 87,98 dari target 81 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 108,61.

25. Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik tercapai 103,34 dari target 86 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 120,16%.

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

1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM tercapai 88,61% dari target 100% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 88,61%.
2. AKB (per 1.000 kelahiran hidup) tercapai 16,85 (Long Form SP2020) dari target 16/1000 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 94,68%.
3. Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%) tercapai 8,5 dari target 7,0 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 82,35%.
4. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta tercapai 394 dari target 514 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 76,65%.
5. Prevalensi obesitas pada penduduk usia  $> 18$  tahun tercapai 23,4 dari target 21,8 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 92,66%.
6. Persentase FKTP terakreditasi (%) tercapai 92,51% dari target 100 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 92,51%.



Sedangkan indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai mencapai target < 75% (kategori sulit tercapai) adalah:

1. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) tercapai 21,5 dari target 14 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 65,11%.
2. Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk) tercapai 387 dari target 190 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 0%.
3. Proporsi Out of Pocket (OOP) terhadap total belanja kesehatan tercapai 28,6 dari target 20 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 57%.
4. Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar tercapai 61,03 dari target 100 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 61,03%.

Beberapa hal yang menjadi kendala pencapaian target pada indikator yang pencapaiannya < 75% (kategori sulit tercapai) di antaranya adalah untuk mencapai persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM. Hal ini disebabkan oleh penetapan target sasaran penerima layanan dasar yang berbeda, penghitungan kebutuhan pemenuhan mutu layanan dasar, dan ketersediaan sumber daya sarpras/alkes/obat, anggaran dan SDM kesehatan. Kendala juga terdapat untuk pencapaian indikator stunting yang disebabkan oleh pada masa pandemi di beberapa wilayah. Kondisi tersebut menyebabkan penurunan pendapatan karena situasi pandemi berdampak pada pekerjaan sehingga terjadi penurunan daya beli di masyarakat maupun di rumah tangga. Pada akhirnya memengaruhi kemampuan pemenuhan kalori dan protein kemudian intervensi baik spesifik maupun sensitif belum mendapatkan komitmen dan penguatan di semua tingkatan mulai dari pusat hingga desa bahkan masyarakat penerima manfaat.

Kendala untuk pencapaian indikator penurunan insidensi tuberkulosis adalah belum semua kasus TB yang ditemukan sudah dimulai pengobatan. Kemudian masih adanya kekhawatiran masyarakat untuk mendatangi fasilitas kesehatan. Selain itu karena merasa tidak sakit, kontak erat enggan untuk

minum TPT. Secara umum kendala pencapaian semua target program dan kegiatan adalah komitmen dan koordinasi lintas sektor di pusat dan daerah belum sepenuhnya terjalin dengan baik. Di mana pelaksanaan kegiatan dianggap sebagai tanggung jawab sektor kesehatan semata. Sementara terkait proporsi OOP meningkat disebabkan dengan berakhirnya pandemi COVID-19, masyarakat lebih leluasa mengakses pelayanan kesehatan, sehingga belanja dari rumah tangga meningkat.

Kendala untuk pencapaian indikator persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar adalah karena beberapa faktor, antara lain formasi PPPK dokter dan tenaga kesehatan (nakes) tahun 2023 belum sesuai kebutuhan prioritas. Kemudian rendahnya minat tenaga dokter dan nakes untuk bekerja sebagai PPPK di lokasi khusus. Komitmen daerah juga kurang dalam pemberian insentif yang tepat waktu. Adapun pembatasan kontrak daerah oleh Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2018 juga berpengaruh. Serta rendahnya minat dokter spesialis dalam mengikuti Program PGDS.

Upaya yang dapat dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk mendorong pencapaian target pada tahun 2025 di antaranya dengan melakukan:

1. Meningkatkan komitmen di semua tingkatan mulai dari pusat hingga desa bahkan masyarakat penerima manfaat pelayanan kesehatan;
2. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan;
3. Peningkatan intervensi yang bersifat *life saving* didukung data yang kuat (*evidence-based policy*);
4. Penguatan advokasi, komunikasi sosial dan perubahan perilaku hidup sehat;
5. Mendorong pemanfaatan sistem manajemen tata kelola obat berbasis teknologi informasi melalui perluasan pemanfaatan SATUSEHAT Logistik SMILE dalam pengendalian ketersediaan secara berjenjang untuk mengantisipasi kekurangan/kekosongan (*stock out*) dan/atau *over stock*.

Berbagai upaya dilakukan untuk meningkatkan pemenuhan tenaga kesehatan, seperti penempatan dokter/dokter gigi di lokus prioritas melalui penugasan khusus, penempatan dokter internsip di puskesmas tanpa pendamping, serta sosialisasi program penugasan khusus. Selain itu, dilakukan pemantauan standar tenaga kesehatan di puskesmas dengan melibatkan Terapis Gigi dan Mulut (TGM), penyelesaian RPKM Pengelolaan SDM, dan sosialisasi PGDS dengan penambahan spesialis serta lokasi RS penempatan. Langkah lainnya meliputi pembekalan dokter spesialis adaptan, pembukaan 152.684 formasi CASN jabatan fungsional kesehatan tahun 2024, serta penyediaan insentif bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil untuk meningkatkan retensi. Disiapkan juga RPKM untuk mengatur penempatan tenaga kesehatan sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Meski ada usulan perubahan target, hasil pertemuan dengan Bappenas, Kemenkeu, dan Kemenkes pada 17 September 2024 menetapkan target tetap mengacu pada Renstra 2022–2024.

Terhadap indikator insidensi TBC yang tidak tercapai pada tahun 2024 akan dilakukan upaya antara lain a) Integrasi pelaksanaan Active Case Finding dengan Terapi Pencegahan TBC (TPT) di 55 kabupaten/kota untuk meningkatkan penemuan kasus terduga TB. Pengintegrasian sistem informasi TB melalui SATUSEHAT TB dan data e claim, SATUSEHAT TB dan Rekam Medis Elektronik (RME), Satu Sehat TB dan Pcare, SATUSEHAT TB dan seluruh laboratorium sehingga kelengkapan pelaporan TB meningkat. Peningkatan layanan pengobatan TB pada faskes pemerintah dan faskes swasta di provinsi dengan beban tinggi. Serta memberikan dukungan enabler bagi pasien TB Resistan Obat (TBRO).

Upaya perbaikan ke depan untuk indikator jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar, jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia, jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan dan indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik. Yakni dengan melakukan peningkatan kualitas monitoring dan evaluasi sehingga hasilnya dapat digunakan sebagai

masukan atau perbaikan dalam pelaksanaan kegiatan dan pencapaian target pada tahun selanjutnya. Meningkatkan kualitas perencanaan dengan menghitung alokasi kebutuhan anggaran pada setiap indikator kinerja lebih jelas dan fokus, apabila mungkin dilakukan perbaikan anggaran untuk pelaksanaan pada periode berikutnya. Kolaborasi dengan pihak eksternal yakni perusahaan teknologi kesehatan, universitas juga dilakukan untuk mendorong inovasi digital.

Laporan Kinerja Tahun 2024 ini diharapkan dapat memberikan informasi yang transparan dan akuntabel bagi semua pemangku kepentingan atau stakeholders Kementerian Kesehatan terhadap pencapaian kinerja Kementerian Kesehatan pada tahun 2024. Diharapkan pula Laporan Kinerja ini akan dapat menjadi bahan evaluasi dalam rangka meningkatkan pengelolaan kinerja Kementerian Kesehatan di tahun 2025.

