

# LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

SEMESTER 1  
2025





LAKIP  
Semester 1  
2025

## KATA SAMBUTAN

**P**uji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, Kementerian Kesehatan dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I Tahun 2025 dengan baik.

Penyusunan laporan ini merupakan wujud komitmen Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan amanat Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN, serta Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

LAKIP bukan sekedar laporan administratif, melainkan instrumen strategis untuk menilai kinerja Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan program dan kegiatan. Laporan ini memastikan setiap rupiah anggaran benar-benar memberikan manfaat nyata bagi masyarakat, sekaligus mencerminkan akuntabilitas, transparansi, serta komitmen kuat dalam mewujudkan Transformasi Kesehatan menuju Indonesia Emas 2045.

Capaian kinerja Semester I Tahun 2025 menunjukkan kemajuan signifikan, terutama pada penguatan layanan primer, digitalisasi sistem kesehatan, peningkatan ketahanan kesehatan, serta pengembangan dan pembinaan SDM kesehatan. Namun, langkah penguatan tetap dibutuhkan untuk menjawab tantangan ke depan, antara lain melalui peningkatan disiplin eksekusi program agar hasil lebih konsisten, serta pembentukan budaya kerja yang adaptif, kolaboratif, dan inovatif.

Apresiasi dan terima kasih kami sampaikan kepada seluruh jajaran Kementerian Kesehatan atas kerja keras, dedikasi, dan komitmennya dalam melaksanakan program pembangunan kesehatan. Semoga Laporan Akuntabilitas Kinerja Semester I Tahun 2025 ini dapat menjadi bahan evaluasi, pembelajaran, serta motivasi untuk terus meningkatkan kualitas kinerja Kementerian Kesehatan dalam memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat.

Jakarta, 19 Agustus 2025  
an. Menteri Kesehatan  
Sekretaris Jenderal,

Kunta Wibawa Dasa Nugraha



Laporan Kinerja Semester I Kementerian Kesehatan Tahun 2025 merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Menteri Kesehatan beserta jajarannya kepada Presiden Republik Indonesia dan seluruh pemangku kepentingan terhadap pelaksanaan pencapaian Tujuan, Sasaran Strategis, Program dan Kegiatan Kementerian Kesehatan dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni tahun 2025. Tujuan dan sasaran strategis tersebut mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025–2029, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029.

Tahun 2025 merupakan tahun pertama dalam periode Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025–2029. Di mana pada pelaksanaan penyusunan Laporan Kinerja Semester I tahun 2025, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sedang dalam tahap penyesuaian akhir dan finalisasi sehingga belum terdapat Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029.

Sebagai perwujudan akuntabilitas kinerja, Laporan Kinerja Semester I tahun 2025 menjelaskan kinerja Kementerian Kesehatan berdasarkan hasil pengukuran terhadap pencapaian Indikator Sasaran Strategis yang termuat pada Perjanjian Kinerja Tahun 2025 yang terdiri dari 35 Indikator Sasaran Strategis dan

pencapaian Indikator Sasaran Strategis yang terdapat pada rancangan Rencana Strategis Tahun 2025–2029 yang terdiri dari 33 Indikator Sasaran Strategi. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan antara realisasi kinerja dengan target kinerja dari masing-masing indikator Sasaran Strategis. Hasil pengukuran kinerja menjadi masukan untuk peningkatan kinerja Kementerian Kesehatan pada semester II Tahun 2025 dan perbaikan penyusunan perencanaan di masa yang akan datang.

Laporan Kinerja Semester I tahun 2025 memberikan penjelasan terhadap masing-masing Indikator Sasaran Strategis yang meliputi definisi operasional, cara perhitungan, analisis pencapaian terhadap target yang telah ditetapkan, kegiatan yang telah dilaksanakan, hambatan atau kendala dalam mencapai target, dan upaya solutif serta rencana tindak lanjut yang akan dilaksanakan pada semester berikutnya dan tahun-tahun yang akan datang. Berdasarkan capaian kinerja Semester I Tahun 2025 masih diperlukan upaya-upaya lebih lanjut untuk mencapai sasaran strategis dan Indikator Kinerja Utama (IKU) Kementerian Kesehatan.

Beberapa hal yang menjadi kendala pencapaian target pada semester I tahun 2025 diantaranya adalah terjadinya efisiensi anggaran, masih adanya kekhawatiran masyarakat untuk

mendatangi fasilitas kesehatan terutama untuk penyakit-penyakit seperti TBC dan penyakit menular lainnya, komitmen dan koordinasi lintas sektor di pusat dan daerah belum sepenuhnya terjalin dengan baik dimana pelaksanaan kegiatan dianggap sebagai tanggung jawab sektor kesehatan semata, pandemi COVID-19 beberapa tahun yang lalu memberikan dampak kepada perekonomian dan kesejahteraan masyarakat dan rendahnya minat tenaga kesehatan tertentu untuk bekerja sebagai PPPK dilokasi khusus.

Total pagu sebesar Rp105.649.390.997.000,-. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Luar Negeri dan Hibah Langsung Luar Negeri.

Laporan Kinerja semester I tahun 2025 ini diharapkan dapat memberikan informasi yang transparan dan akuntabel bagi semua pemangku kepentingan terhadap pencapaian kinerja Kementerian Kesehatan pada awal tahun 2025. Diharapkan pula Laporan Kinerja ini akan dapat menjadi bahan evaluasi dalam rangka meningkatkan pengelolaan kinerja Kementerian Kesehatan yang akan datang.

	<b>ii</b>	<b>Kata sambutan</b>
intisari eksekutif	<b>iv</b>	
	<b>11</b>	Bab I <b>Pendahuluan</b> 35. Sistematika Laporan Kinerja
Bab II <b>Perencanaan Kinerja</b>	<b>37</b>	
<b>38.</b> Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024		
<b>54.</b> Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029		
<b>62.</b> Perjanjian Kinerja Tahun 2025		
	<b>69</b>	Bab III <b>Akuntabilitas Kinerja</b> 71. Capaian Indikator Pada Perjanjian Kinerja Tahun 2025 319. Capaian Kinerja Organisasi Berdasarkan Indikator Sasaran Strategis Pada Rancangan Renstra 2025–2029 434. Capaian Kinerja Lainnya 442. Realisasi Anggaran
Bab III <b>Penutup</b>	<b>449</b>	

DAFTAR  
GRAFIK

1.1	Data Pegawai Kementerian Kesehatan Tahun 2025	17
1.2	Tren Angka Harapan Hidup Indonesia dan Dunia Tahun 2014–2023	19
1.3	Tren Prevalensi Stunting Tahun 2013–2024	20
1.4	Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup Tahun 2021–2024	20
1.5	Estimasi Trend Kematian per 100.000 Penduduk	23
1.6	Perubahan Pola Penyebab Kematian Antara Tahun 2022 & 2040	23
1.7	Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Kabupaten/Kota dengan Rata-Rata Pemenuhan SPA Puskesmas di Wilayahnya Tahun 2022–2024	26
1.8	Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Fasyankes Rujukan Milik Pemerintah yang Memenuhi SPA Sesuai Standar Tahun 2022–2024	27
1.9	Perbandingan Persentase Kepuasan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	28
1.10	Jumlah Produk BBO, Alat Kesehatan, dan Vaksin Produksi Dalam Negeri Tahun 2022–2024	29
1.11	National Health Accounts Indonesia Tahun 2014–2023	30
3.1	Distribusi Angka Kematian Ibu per Wilayah Provinsi TW I 2025	75
3.2	Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup	75
3.3	Distribusi Angka Kematian Bayi Per Wilayah Provinsi TW I 2024	79
3.4	Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup	80
3.5	Capaian Indikator Stunting 2021– Semester I Tahun 2025	82
3.6	Prevalensi Balita Stunting Berdasarkan Provinsi	83
3.7	Capaian Indikator Wasting Tahun 2022–2025 Semester I	86
3.8	Prevalensi Balita Wasting per Provinsi	86
3.9	Estimasi Jumlah Infeksi Baru HIV Global	89
3.10	Capaian Insiden HIV pada Negara ASEAN Tahun 2023	90
3.11	Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2020 hingga Semester I Tahun 2025	91
3.12	Perkembangan Menuju Target 95–95–95	92
3.13	Target dan Capaian Insidensi TBC di Indonesia Tahun 2020 hingga Semester I Tahun 2025	98
3.14	Notifikasi Kasus TBC Semester I Tahun 2025	100
3.15	Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia Tahun 2020 – Semester I Tahun 2025	109
3.16	Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah Semester I Tahun 2025	110
3.17	Persentase Pengobatan Standar Semester I Tahun 2025	111
3.18	Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi kusta Tahun 2020 – Semester I Tahun 2025	117
3.19	Target dan Capaian Indeks Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2022 – Semester I Tahun 2025	125
3.20	Target dan Capaian Komposit Indeks Pengendalian Penyakit Menular Semester I Tahun 2025	126
3.21	Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2020 – Semester I Tahun 2025	126
3.22	Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi per Kabupaten Endemis Semester I Tahun 2025	127
3.23	Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Rabies yang mencapai Eliminasi Tahun 2022 – Semester I Tahun 2025	128
3.24	Jumlah Kabupaten/Kota Eliminasi Rabies per Provinsi Tahun 2024 – Semester I Tahun 2025	129
3.25	Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota dengan insiden rate DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk Tahun 2020 – Semester I Tahun 2025	130
3.26	Target dan capaian kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi Tahun 2020 – Semester I Tahun 2025	133
3.27	Kabupaten/Kota Endemis Filariasis Yang Mencapai Eliminasi Per Provinsi Tahun 2025 Semester I	134
3.28	Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia Tahun 2020–Semester I Tahun 2025	136
3.29	Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi kusta Tahun 2020–Semester I Tahun 2025	137
3.30	Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia ≥ 18 tahun pada Semester I Tahun 2025	156
3.31	Target dan Capaian Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia ≥ 18 tahun Semester I Tahun 2025	157
3.32	Prevalensi Obesitas >18 Tahun, Semester I Tahun 2025	159
3.33	Target dan Capaian Indikator Persentase Merokok pada Penduduk Usia 10–18 Tahun sampai dengan Semester I Tahun 2025	162
3.34	Prevalensi Merokok pada Anak dan Remaja di Negara ASEAN Tahun 2024	165
3.35	Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Menerapkan KTR Tahun 2020 – Semester I 2025	167
3.36	Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Menyelenggarakan Layanan UBM Tahun 2020–Semester I 2025	168
3.37	Target dan Capaian Jumlah Kabupaten/Kota Sehat Tahun 2020–Semester I Tahun 2025	175
3.38	Persentase Kabupaten/kota dengan Rata-rata Pemenuhan SPA Puskesmas di Wilayahnya	186
3.39	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar Semester I Tahun 2025	192

3.40	Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas	208
3.41	Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Klinik Pratama	208
3.42	Jumlah Klinik Pratama dan Praktik Mandiri Dokter yang Melakukan Jejaring dengan Puskesmas dan Melakukan Pelayanan Program Prioritas Nasional	216
3.43	Pencapaian Persentase Kepuasan Pasien di Fasyankes Rujukan	233
3.44	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Bahan Baku Obat dan Obat 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri Semester I Tahun 2025	244
3.45	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Alat Kesehatan 10 Terbesar by Volume dan Value Semester I Tahun 2025	251
3.46	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Vaksin 10 Terbesar yang Diproduksi di Dalam Negeri Semester I Tahun 2025	257
3.47	Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Respons KLB/Wabah	261
3.48	Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Melakukan Respons Sinyal yang Muncul pada SKDR Minimal 80% Berdasarkan Provinsi	262
3.49	Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Melakukan Pemetaan Risiko untuk Sekurangnya 4 Penyakit Emerging (Re/New Emerging) Berdasarkan Provinsi	263
3.50	Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Memiliki Minimal 25% Puskesmasnya Melakukan Surveilans/ Pengendalian Vektor dan/atau Binatang Pembawa Penyakit Berdasarkan Provinsi	264
3.51	Tren Perbandingan Target & Realisasi Indikator Sasaran Strategis Tahun 2022, 2023, 2024, & Semester I Tahun 2025	271
3.52	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan Tahun 2023, 2023, 2024, & Semester I Tahun 2025	278
3.53	Total Belanja Kesehatan 2014–2023	281
3.54	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Proporsi Out of Pocket (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan Tahun 2022, 2023, 2024, dan Semester I Tahun 2025	282
3.55	Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Faskes dengan SDM Sesuai Standar Tahun 2023–Semester I Tahun 2025	288
3.56	Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Faskes dengan SDM Sesuai Standar Tahun 2022–Semester I Tahun 2025	289
3.57	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya pada Tahun 2024–2025	294
3.58	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya pada Tahun 2022–2025	295
3.59	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Faskes dengan SDM Tersertifikasi pada Tahun 2024–2025	299
3.60	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Faskes dengan SDM Tersertifikasi pada Tahun 2022–2025	299
3.61	Perbandingan Target dan Capaian Indikator Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Mengimplementasikan Sistem Data dan Aplikasi Kesehatan Indonesia pada Tahun 2022–Semester I Tahun 2025	303
3.62	Perbandingan Target dan Capaian Indikator Jumlah Sistem Bioteknologi Kesehatan Terstandar dan Terintegrasi yang Diimplementasikan Pada Tahun 2022–Semester I Tahun 2025	305
3.63	Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Kebijakan yang Berkualitas dan dapat Diimplementasikan Tahun 2022–Semester I Tahun 2025	310
3.64	Distribusi Angka Kematian Ibu per Wilayah Provinsi Semester I Tahun 2025	321
3.65	Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup	321
3.66	Distribusi Angka Kematian Balita per Wilayah Provinsi Triwulan I Tahun 2025	325
3.67	Capaian Indikator Stunting 2021–Semester I Tahun 2025	327
3.68	Prevalensi Balita Stunting Berdasarkan Provinsi	329
3.69	Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) Semester I Tahun 2025 Berdasarkan Provinsi	332
3.70	Provinsi Mencapai minimal 25% Cakupan Imunisasi Semester I Tahun 2025	337
3.71	Target dan Capaian Angka Populasi Bebas Penyakit Menular Tahun 2024–2029	340
3.72	Target dan Capaian Kab/Kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Tahun 2024–2029	345
3.73	Prevalensi Obesitas >18 Tahun Periode Tahun 2020–Semester I 2025	347
3.74	Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Fasyankes	351
3.75	Capaian Indikator Sasaran Strategis Ditjen SDM Kesehatan berdasarkan rancangan Renstra 2024–2025	380
3.76	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Proporsi Jenis Obat (Termasuk Vaksin dan Produk Biologi) yang Dapat Diproduksi Dalam Negeri Semester I Tahun 2025	383
3.77	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Proporsi Jenis Alkes yang Dapat Diproduksi Dalam Negeri Semester I Tahun 2025	386
3.78	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Indeks Alat Kesehatan Memenuhi Standar Semester I Tahun 2025	389
3.79	Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2022–Semester I 2025	394
3.80	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Peningkatan Kapabilitas Uji Klinik di Indonesia Semester I Tahun 2025	415

## DAFTAR TABEL

2.1	Tujuan dan Sasaran Strategis Kemenkes Tahun 2020–2024	41
2.2	Tujuan, Sasaran Strategis dan Indikator Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024	43
2.3	Tujuan, Sasaran Strategis dan Indikator Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029	57
2.4	Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2025	63
3.1	Realisasi Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan SPM	72
3.2	Realisasi Kinerja Indikator AKI (per 100.000 kelahiran hidup)	72
3.3	Realisasi Kinerja Indikator AKB (per 1.000 kelahiran hidup)	74
3.4	Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi Stunting (pendek dan sangat pendek) (%)	79
3.5	Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)	82
3.6	Strategi Operasional dan Intervensi Akselerasi Pencapaian Target 95–95–95	85
3.7	Tantangan dan Upaya Tindak Lanjut Program HIV AIDS dan PIMS	93
3.8	Perbandingan Penurunan Insidensi 3 Negara Beban TBC Tertinggi	96
3.9	Permasalahan TBC dan Tindak Lanjut	99
3.10	Endemisitas Malaria Semester I Tahun 2025	103
3.11	Jumlah Kabupaten/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai Semester I Tahun 2025	106
3.12	Kabupaten/kota yang mencapai target 95% dengan IR ≤ 10/100.000 penduduk berdasarkan Provinsi Semester I Tahun 2025	106
3.13	Persentase Merokok Penduduk Usia 10–18 Tahun Berdasarkan Data ASIK Semester I Tahun 2025	131
3.14	Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan SPA Puskesmas yang Memenuhi Standar	163
3.15	Indikator Analisis melalui Pendekatan SWOT	185
3.16	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar	190
3.17	Daftar Obat Indikator	191
3.18	Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar Semester I Tahun 2025 per Provinsi	194
3.19	Capaian Indikator Kinerja Program	202
3.20	Capaian Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi Tahun 2024	204
3.21	Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi dengan FKTP Sesuai Standar (Target & Capaian Tahun 2020–2024)	205
3.22	Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi dengan FKTP Sesuai Standar (Target & Capaian Tahun 2020–2024)	207
3.23	Target dan Realisasi Indikator Persentase Klinik Pratama Dan Praktik Mandiri Dokter Yang Melakukan Pelayanan Program Prioritas	214
3.24	Distribusi Jumlah Klinik Pratama dan Praktik Mandiri Dokter yang Telah Melakukan Jejaring dengan Puskesmas dan Melakukan Pelayanan Program Prioritas Nasional	216
3.25	Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir	218
3.26	Indikator Fasyankes Rujukan Milik Pemerintah yang Memenuhi SPA Sesuai Standar	228
3.27	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Semester I Tahun 2025 dengan Tahun Sebelumnya	230
3.28	Indikator Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	240
3.29	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Bahan Baku Obat dan Obat 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri	243
3.30	Daftar Bahan Baku Obat dan Obat 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri Semester I Tahun 2025	245
3.31	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Alat Kesehatan 10 Terbesar by Volume dan Value yang Diproduksi Dalam Negeri	249
3.32	Daftar Alat Kesehatan yang Diproduksi di Dalam Negeri Semester I Tahun 2025	251
3.33	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Tabel 3.34 Vaksin 10 Terbesar yang Diproduksi di Dalam Negeri	256
3.34	Daftar Vaksin yang Dikembangkan dan Diproduksi Dalam Negeri	257
3.35	Analisis Capaian Kinerja Indikator Sistem Penanganan Bencana	269
3.36	Jumlah Provinsi yang Sudah Memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau Kluster Kesehatan sampai dengan Akhir Semester I Tahun 2025 (Puskrisis)	270
3.37	Pelaksanaan Skrining Kesehatan Tertentu Diabetes Melitus dan Hipertensi Semester I Tahun 2025	277
3.38	Analisis Capaian Kinerja ISS Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan sesuai Standar dengan Renstra Kemenkes 2023–2025	290
3.39	Analisis Capaian Kinerja ISS Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya dalam Renstra Kemenkes 2023–2025	296

3.40	Baseline Data Instansi Pengguna Jabatan Fungsional Kesehatan (JFK)	298
3.41	Analisa Capaian Kinerja ISS Persentase Faskes dengan SDM Tersertifikasi dengan Renstra Kemenkes 2022–2024	300
3.42	Data Capaian Indeks Tata Kelola yang Baik sampai Akhir Tahun Anggaran 2025	312
3.43	Realisasi Kinerja Indikator AKI (per 100.000 Kelahiran Hidup)	320
3.44	Realisasi Kinerja Indikator AKBa (per 100.000 Kelahiran Hidup)	324
3.45	Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi Stunting	327
3.46	Realisasi Kinerja Indikator Angka Harapan Hidup pada umur 60 Tahun (HALE60)	330
3.47	Realisasi Kinerja Indikator Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis	332
3.48	Realisasi Kinerja Indikator Depresi pada Usia ≥15 tahun	334
3.49	Realisasi Kinerja Indikator Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan	342
3.50	Realisasi Kinerja Indikator Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Fisik Cukup	343
3.51	Realisasi Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Fasilitas Kesehatan Sesuai Standar	349
3.52	Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Perbekalan Kesehatan Sesuai Standar	350
3.53	Persentase Fasilitas pelayanan Kesehatan Mencapai Akreditasi Paripurna	354
3.54	Perbandingan Indikator Sasaran Strategis: Persentase FKTP Terakreditasi dengan Persentase Fasilitas Pelayanan kesehatan mencapai Akreditasi Paripurna (Target dan Capaian Tahun 2022–2025)	357
3.55	Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan Mencapai Akreditasi Paripurna Dibandingkan dengan Target Jangka Menengah (Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029)	358
3.56	Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan	368
3.57	Perbandingan Presentase Kepuasan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan (Target & Capaian Tahun 2022–2025)	369
3.58	Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan Dibandingkan dengan Target Jangka Menengah (Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029)	370
3.59	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out Of Pocket</i> Semester I 2025 Target - Capaian	372
3.60	Total Belanja Kesehatan 2014–2023	373
3.61	Persentase Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif	375
3.62	Capaian Indikator Sasaran Strategis Ditjen SDM Kesehatan berdasarkan rancangan Renstra 2025–2029	379
3.63	Proporsi Jenis Obat yang Dapat diproduksi Dalam Negeri	382
3.64	Proporsi Jenis Alkes yang Dapat diproduksi Dalam Negeri	386
3.65	Indikator Indeks Alat Kesehatan Memenuhi Standar	388
3.66	Analisis SWOT untuk Indikator Kabupaten/Kota yang Memenuhi Syarat Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2025	394
3.67	Capaian Indikator Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita	404
3.68	Persentase Skala Investasi Sektor kesehatan	406
3.69	Capaian Indikator Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita	408
3.70	Target dan Realisasi Indikator Pertumbuhan Layanan Berbasis Kedokteran Presisi yang Diimplementasikan	412
3.71	Persentase Peningkatan Kapanilitas Uji Klinik di Indonesia	414
3.72	Capaian Nilai Reformasi Birokrasi Kemenkes Tahun 2022–2025	420
3.73	Indikator Capaian Kinerja Semester I Tahun 2025	422
3.74	Rencana Aksi Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG)	436
3.75	Capaian PKG Menurut Provinsi Periode 10 Februari – 30 Juni 2025	437
3.76	Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan Tahun 2020–Semester I Tahun 2025	442
3.77	Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja menurut Jenis Belanja Semester I Tahun 2025	443
3.78	Anggaran dan Realisasi Belanja Menurut Program Semester I Tahun 2025	444
3.79	Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja Menurut Unit Eselon I Semester I Tahun 2025	445

## DAFTAR GAMBAR

1.1	Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan	16
1.2	Proyeksi Penyebab Kematian Berdasarkan Kategori Penyakit dan Usia Siklus Hidup	24
1.3	Persentase Pemenuhan Sembilan Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas Tahun 2024	32
1.4	Persentase Pemenuhan Tujuh Jenis Dokter Spesialis Dasar di RSUD Tahun 2024	32
2.1	Keterkaitan Visi, Misi, Tujuan & Sasaran Strategis Kemenkes Tahun 2020–2024	42
2.2	Cascading Kinerja Renstra Kementerian Kesehatan 2020–2024	46
2.3	Cascading Kinerja Transformasi Layanan Primer	47
2.4	Cascading Kinerja Transformasi Layanan Rujukan	48
2.5	Cascading Kinerja Transformasi Ketahanan Kesehatan	49
2.6	Cascading Kinerja Transformasi Pembiayaan Kesehatan	50
2.7	Cascading Kinerja Transformasi SDM Kesehatan	51
2.8	Cascading Kinerja Transformasi Teknologi dan Tata Kelola	52
2.9	Indikator Strategis Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029	56
3.1	Percepatan Penurunan Stunting Membutuhkan Peran Lintas Sektor, Peran Aktif Pemda, Organisasi Kemasyarakatan, Swasta, dan Organisasi Keagamaan.	84
3.2	Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Semester I Tahun 2025	105
3.3	Peta Kasus Kusta di Dunia	118
3.4	Monitoring Supervisi Secara Daring Pembangunan Infrastruktur Puskesmas	182
3.5	Kunjungan Langsung ke Lokasi Pembangunan	183
3.6	Pendampingan Secara Daring	184
3.7	Pendampingan dan Supervisi ke Lokasi Pembangunan Pembangunan Puskesmas di Kecamatan tanpa Puskesmas	185
3.8	Monitoring dan Evaluasi Kesiapan RSUD dalam Pemenuhan Alat Kesehatan	223
3.9	Peta Jalan Pemenuhan Labkesda	224
3.10	Peta Jalan Pemenuhan Labkesda	224
3.11	Kegiatan Bimbingan Teknis Peningkatan Kemampuan Labkesda sesuai standar	225
3.12	Kegiatan Pembinaan Pengisian ASPAK di Laboratorium Kesehatan Milik Pemerintah	225
3.13	Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan secara Daring	226
3.14	Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan melalui Kunjungan Lapangan	227
3.15	Laboratorium Kesehatan yang Bersumber Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan	227
3.16	Pelaksanaan Survei Kepuasan Pasien TA 2024	237
3.17	NIPR RSAB Harapan Kita dan iCare RS	412
3.18	Hasil evaluasi RB Tahun 2024	419



Bab I

# Pendahuluan

Tahap pertama implementasi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2025–2045 dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025–2029 sudah dimulai.

## I. Latar Belakang

Tahap pertama implementasi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2025–2045 dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025–2029 sudah dimulai. Prioritas pembangunan nasional yang tertuang dalam RPJPN dan RPJMN merupakan cetak biru untuk menjadikan Indonesia Emas 2045 sebagai Negara Kesatuan Republik Indonesia yang Bersatu, Berdaulat, Maju, dan Berkelanjutan.

Dalam RPJPN 2025–2045, Indonesia ditargetkan menjadi negara dengan pendapatan per kapita setara negara-negara maju yang disertai kemiskinan menurun dan ketimpangan berkurang, negara yang berdaulat dan berperan penting di dunia internasional, negara yang memiliki Sumber Daya Manusia yang unggul, serta negara yang berkomitmen menerapkan prinsip pembangunan berkelanjutan.

Sasaran Pembangunan Nasional RPJMN Tahun 2025–2029, yakni 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.

Target dari sasaran Pembangunan Nasional RPJMN Tahun 2025–2029 adalah meningkatkan pendapatan per kapita menuju setara negara maju. Di mana ditargetkan pertumbuhan ekonomi dari 5,05% (tahun 2024) menjadi 5,3% (tahun 2025) dan menuju 8% (tahun 2029). Selanjutnya, Pendapatan Nasional Bruto (GNI) per kapita meningkat dari US\$4.870 (tahun 2023) menjadi US\$5.410 (tahun 2025) dan US\$8.000 (tahun 2029).

Dalam strategi besar mencapai Indonesia Emas 2045 tertuang misi transformasi sosial, yakni kesehatan untuk semua, pendidikan yang berkualitas dan merata, perlindungan sosial yang adaptif. Fokus Arah Kebijakan RPJPN Tahun 2025–2045 Tahap I dalam bidang transformasi sosial di antaranya penuntasan pemenuhan pelayanan dasar kesehatan, pendidikan, dan perlindungan sosial serta peningkatan kualitas SDM untuk membentuk manusia produktif.

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

Terjaminnya ketahanan sistem kesehatan melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi, dan respons terhadap ancaman kesehatan global.

Kesejahteraan masyarakat yang terus meningkat yang ditunjukkan dengan jangkauan bagi setiap warga negara terhadap lembaga jaminan sosial yang lebih menyeluruh.

Status kesehatan dan gizi masyarakat yang semakin meningkat serta proses tumbuh kembang yang optimal, yang ditandai dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dan *Healthy Life Expectancy (HALE)*.

Sejak ditetapkannya Renstra Kementerian Kesehatan pada 2020, telah terjadi disrupsi besar-besaran dalam kehidupan manusia bahkan pada skala global karena adanya pandemi *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*. Wabah COVID-19 yang kemudian menjadi endemik 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. Di antaranya 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, antara lain:

- 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:
  - a. Percepatan pelaksanaan vaksinasi untuk mewujudkan *herd immunity*
  - b. Penanganan pandemi secara lebih baik dan berkelanjutan
  - c. 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 di antaranya:

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 dirasakan perlu untuk perbaikan layanan umum.

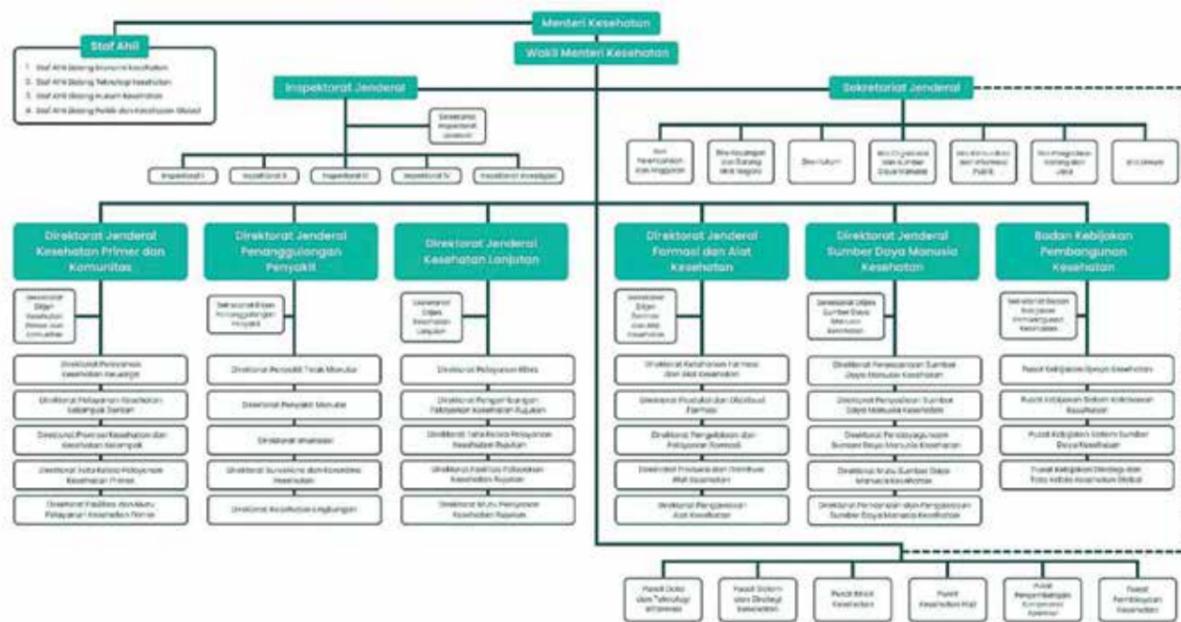
# BAB I PENDAHULUAN

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:

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

Gambar 1.1

Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan



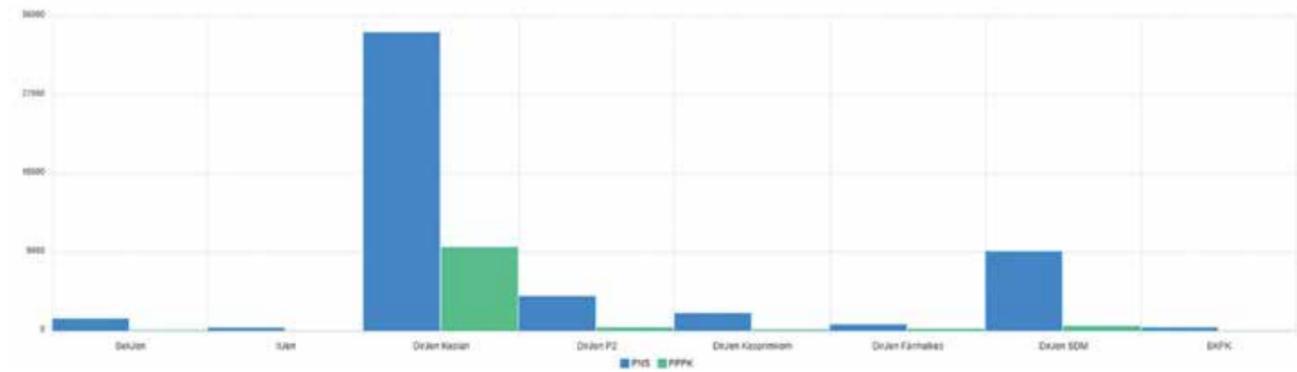
Struktur organisasi Kementerian Kesehatan sebagaimana tergambar di atas didukung oleh Aparatur Sipil Negara (ASN) sebanyak 51.843 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan 10.728 orang Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK). ASN tersebut memiliki kompetensi di bidang kesehatan

Kementerian Kesehatan tersebar ke dalam Unit Eselon I sebagai berikut: 1) Sekretariat Jenderal sebanyak 1.376 orang PNS dan 57 orang PPPK; 2) Inspektorat Jenderal sebanyak 316 orang PNS; 3) Ditjen Kesehatan Lanjutan sebanyak 34.109 orang PNS dan 9.529 orang PPPK; 4) Ditjen Penanggulangan Penyakit sebanyak

3.938 orang PNS dan 341 orang PPPK; 5) Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas sebanyak 1.980 orang PNS dan 105 orang PPPK; 6) Ditjen Farmasi dan Alat Kesehatan sebanyak 710 orang PNS dan 167 orang PPPK; 7) Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan sebanyak 9.065 orang PNS dan 512 orang PPPK; dan 8) Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan sebanyak 349 orang PNS dan 17 orang PPPK. (Data SIMKA 5 Juni 2025).

Grafik 1.1

Data Pegawai Kementerian Kesehatan Tahun 2025



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

## II. Isu Strategis

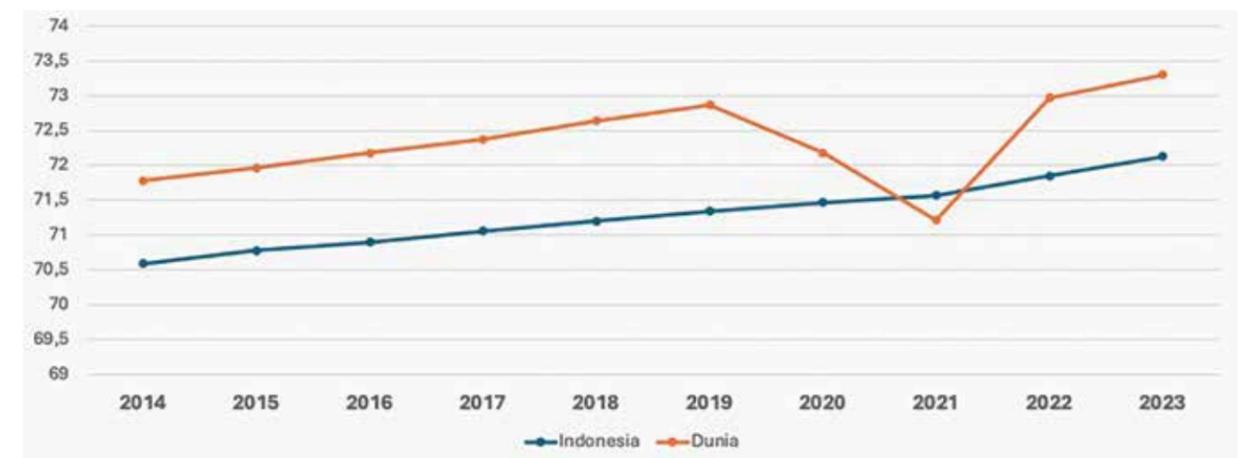
Dalam lima tahun terakhir, sektor kesehatan Indonesia telah menunjukkan perkembangan yang signifikan, semakin inklusif dan transformatif. Salah satu capaian utama adalah peningkatan angka harapan hidup (AHH) yang mencapai 74,15 tahun pada 2024, naik dari 71,34 tahun pada 2019 (BPS).

Peningkatan ini menunjukkan perbaikan kondisi kesehatan umum masyarakat, akses terhadap layanan kesehatan, serta peningkatan keberhasilan dalam intervensi kesehatan masyarakat.

Namun, peningkatan angka harapan hidup belum sepenuhnya diiringi oleh peningkatan angka harapan hidup sehat. Menurut WHO, angka harapan hidup sehat (HALE) Indonesia pada 2021 hanya mencapai 60,7 tahun, sementara angka harapan hidup total pada tahun tersebut adalah 68,3 tahun. Artinya, rata-rata masyarakat Indonesia hidup dalam kondisi kesehatan yang kurang optimal selama sekitar 8 tahun terakhir masahidupnya. Angka HALE ini juga masih di bawah rata-rata global (61,9 tahun), meskipun sudah sedikit lebih tinggi dibanding rata-rata Asia Tenggara (59,4 tahun). Ketimpangan ini menandakan perlunya strategi yang lebih kuat dalam mendorong masyarakat untuk hidup lebih sehat lebih lama—terutama pada masa usia produktif akhir dan lansia.

Grafik 1.2

Tren Angka Harapan Hidup Indonesia dan Dunia Tahun 2014–2023



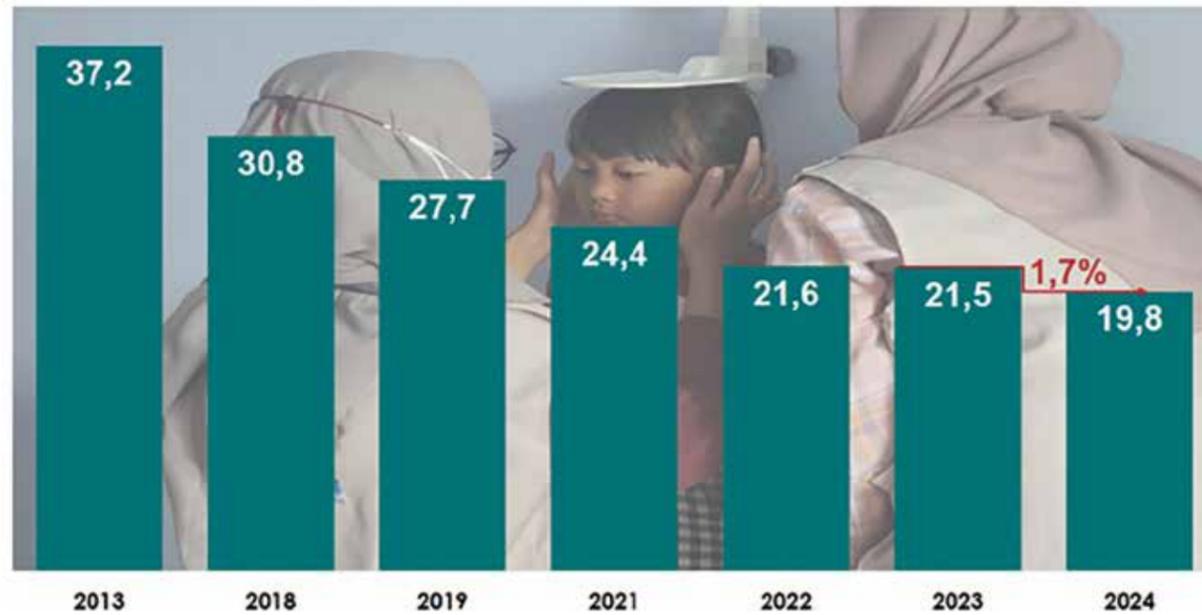
Pembangunan kesehatan juga tercermin dari peningkatan indikator kesehatan ibu dan anak. Penurunan prevalensi *wasting* dan *stunting* pada balita merupakan sasaran pokok RPJMN 2020–2024. Prevalensi *stunting* pada balita berhasil ditekan menjadi 19,8% pada 2024 (SSGI, 2024) dari 21,5% pada 2023 (Survei Kesehatan Indonesia, 2023), capaian tersebut sudah melampaui proyeksi Bappenas di angka 20,1%. Sedangkan terkait prevalensi *wasting* pada balita juga mengalami penurunan pada 2024, yaitu di angka 7,4% (SSGI, 2024) dari 8,5% pada tahun 2023 (Survei Kesehatan Indonesia, 2023). Meski demikian, target

*prevalensi stunting* dan *wasting* 2024 masih belum tercapai, yaitu di angka 14% dan 7% sehingga masih perlu dilakukan monitoring dan evaluasi dari sisi perencanaan hingga implementasi dalam program pencegahan penurunan *stunting*.

Angka Kematian Ibu (AKI) turun signifikan dari 305 per 100.000 kelahiran hidup pada 2015 (SUPAS, 2015) menjadi 189 per 100.000 pada 2020 (Long Form Sensus Penduduk, 2020). Meski demikian, capaian ini belum mencapai target yang ditetapkan, yaitu 183 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024, dan masih jauh dari target SDGs, yaitu kurang dari 70 per

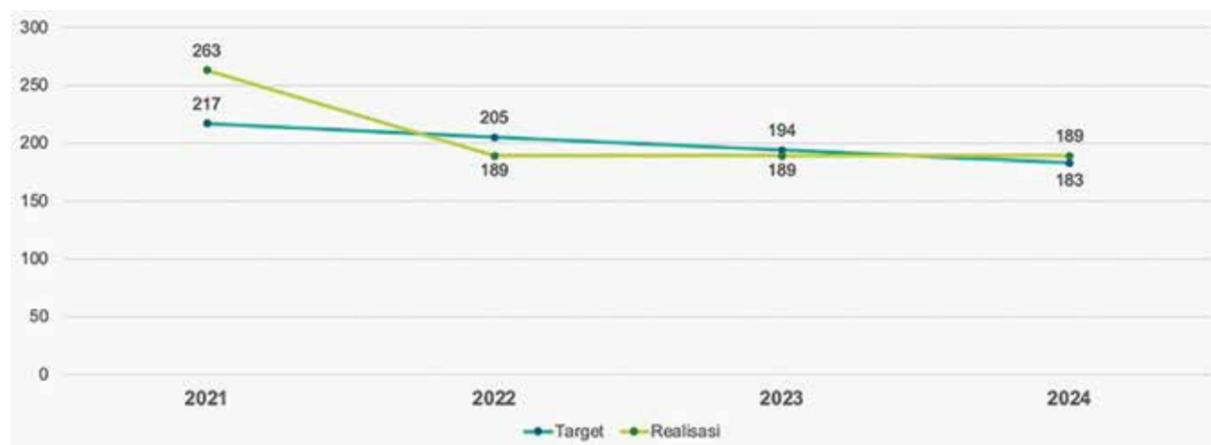
Grafik 1.3

Tren Prevalensi Stunting Tahun 2013–2024



Grafik 1.4

Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup Tahun 2021–2024



100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan terhadap kesadaran ibu hamil dalam mengenali faktor risiko, inovasi dan penguatan kualitas layanan primer, persebaran merata pada sumber daya manusia bidang kesehatan, dan koordinasi lintas program dan sektor.

Penurunan angka kematian pada kelompok bayi dan balita mencerminkan kemajuan dalam upaya peningkatan kesehatan anak di Indonesia. Angka kematian neonatal (AKN) berhasil ditekan dari 15 per 1.000 kelahiran hidup pada 2017 (SDKI) menjadi 9,3 pada 2020 (Longform Sensus BPS), lebih baik dari target SDGs sebesar 12. Angka kematian balita (AKBa) juga menunjukkan perbaikan signifikan, dari 27 pada 2015 (Supas BPS) menjadi 19,83 per 1.000 kelahiran hidup pada 2020, sehingga telah melampaui target SDGs tahun 2030, yaitu 25 per 1.000 kelahiran hidup. Sementara itu, angka kematian bayi (AKB) turun dari 22 per 1.000 kelahiran hidup pada 2015 menjadi 16,85 pada 2020 (Sensus Penduduk BPS), dan diperkirakan akan mampu memenuhi target SDGs sebesar 12 pada 2030. Namun demikian, Indonesia masih berada pada posisi ke-6 tertinggi dalam angka kematian bayi di kawasan Asia Tenggara (WHO, 2020), serta berada di urutan ke-7 dunia dalam jumlah kematian neonatal (WHO, 2022). Ketimpangan regional juga masih mencolok, dengan wilayah

timur Indonesia mencatatkan angka kematian neonatal, bayi, dan balita yang lebih tinggi dibandingkan daerah lainnya (Longform Sensus BPS, 2020). Capaian ini tidak terlepas dari peran strategis layanan kesehatan dasar yang semakin menjangkau seluruh lapisan masyarakat, termasuk peningkatan cakupan imunisasi serta penyediaan layanan kesehatan ibu dan anak (KIA) yang semakin terstandar, bermutu dan terjangkau. Melalui pendekatan layanan primer berbasis siklus hidup dan optimalisasi peran Puskesmas sebagai garda terdepan, transformasi layanan primer telah menjadi fondasi utama dalam upaya peningkatan kesehatan anak secara berkelanjutan.

Indonesia mencatat kemajuan dalam upaya pengendalian penyakit menular dan tidak menular selama 5 tahun terakhir. Dalam menanggulangi penyakit menular, jumlah kasus tuberkulosis (TBC) yang terdeteksi mengalami peningkatan signifikan dari 443.235 kasus pada 2021 menjadi 831.328 kasus pada 2024, seiring dengan peningkatan estimasi jumlah kasus dari 969.000 menjadi 1.090.000 di periode tersebut (Global TB Report). Namun, insidensi TBC per 100.000 penduduk mengalami kenaikan, dari 342 pada tahun 2021 menjadi 387 per 100.000 penduduk pada tahun 2023, menunjukkan bahwa transmisi di komunitas masih tinggi dan memerlukan penguatan

intervensi. Capaian layanan HIV/AIDS juga menunjukkan tantangan tersendiri. Pada tahun 2024, dari estimasi 568.401 orang dengan HIV (ODHIV) yang hidup di Indonesia, baru 344.099 orang (61%) yang mengetahui status HIV-nya, 219.081 orang (64%) telah menerima pengobatan antiretroviral (ARV), dan hanya 117.402 orang (54%) yang mencapai supresi virus. Dalam implementasinya, penguatan upaya penanggulangan HIV dilakukan untuk mengatasi kendala dalam deteksi dini, retensi pengobatan, serta kesinambungan layanan yang memadai di berbagai tingkat fasilitas kesehatan. Sementara itu, capaian Indeks Pengendalian Penyakit Menular tahun 2024 tercatat sebesar 0,56 (96% dari target). Penurunan ini terutama disebabkan oleh belum tercapainya target eliminasi beberapa penyakit, seperti malaria, rabies, dan *schistosomiasis*, yang memiliki bobot tinggi dalam penyusunan indeks.

Beban penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia terus menunjukkan peningkatan dan kini menjadi tantangan besar dalam sistem kesehatan nasional. Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi mencapai 29,2%, dan diabetes sebesar 11,7% pada populasi usia 15 tahun ke atas. PTM kini menjadi penyebab dari 52,5% total kematian di Indonesia dan menyumbang beban pembiayaan terbesar

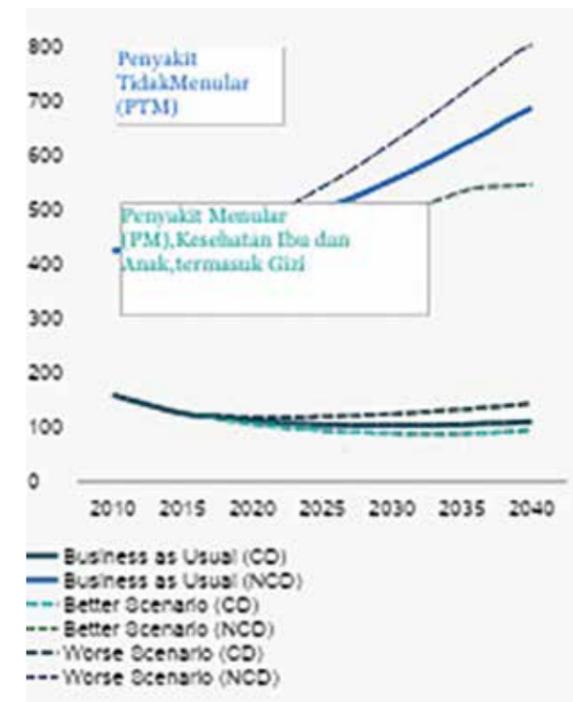
dalam sistem kesehatan nasional. Pada 2022, empat penyakit katastropik, yaitu jantung, stroke, kanker, dan gagal ginjal, menghabiskan hampir Rp27,5 triliun dari anggaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berbagai upaya untuk deteksi dini dan tata laksana PTM telah dilakukan melalui penguatan upaya promotif-preventif di layanan primer dan kuratif di layanan sekunder maupun tersier. Pada 2024, skrining obesitas telah menjangkau 58.316.042 orang atau 35,83% dari target sasaran sebesar 162.752.614 orang. Capaian signifikan juga dicatat pada skrining diabetes melitus yang telah menjangkau 43.159.593 orang (36,45% dari target), serta skrining hipertensi yang telah dilaksanakan pada 41.783.806 orang (21,59% dari target). Selain itu, cakupan skrining untuk gangguan indra mencapai 18,15%, kanker payudara 28,39%, kanker leher rahim 26,21%, PPOK 29,14%, stroke 30,91%, dan jantung 6,4%.

Berdasarkan data IHME, pada tahun 2040, penyebab kematian di Indonesia diproyeksikan tetap didominasi oleh penyakit tidak menular, dengan stroke dan penyakit jantung iskemik menempati peringkat pertama dan kedua sebagai penyebab kematian terbanyak. Penyakit tidak menular lainnya seperti penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), sirosis hati, penyakit ginjal kronis, diabetes, dan berbagai jenis kanker seperti kanker paru dan kolorektal

juga menunjukkan peningkatan kontribusi terhadap total kematian. Kondisi-kondisi terkait usia lanjut, seperti penyakit Alzheimer, juga menunjukkan tren peningkatan, mencerminkan pergeseran demografis menuju populasi yang lebih tua.

Grafik 1.5

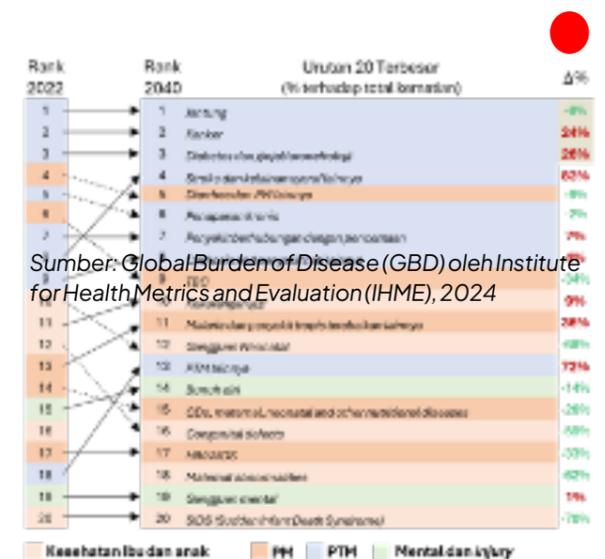
Estimasi Trend Kematian per 100.000 Penduduk



Sumber: Global Burden of Disease (GBD) oleh Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2024

Grafik 1.6

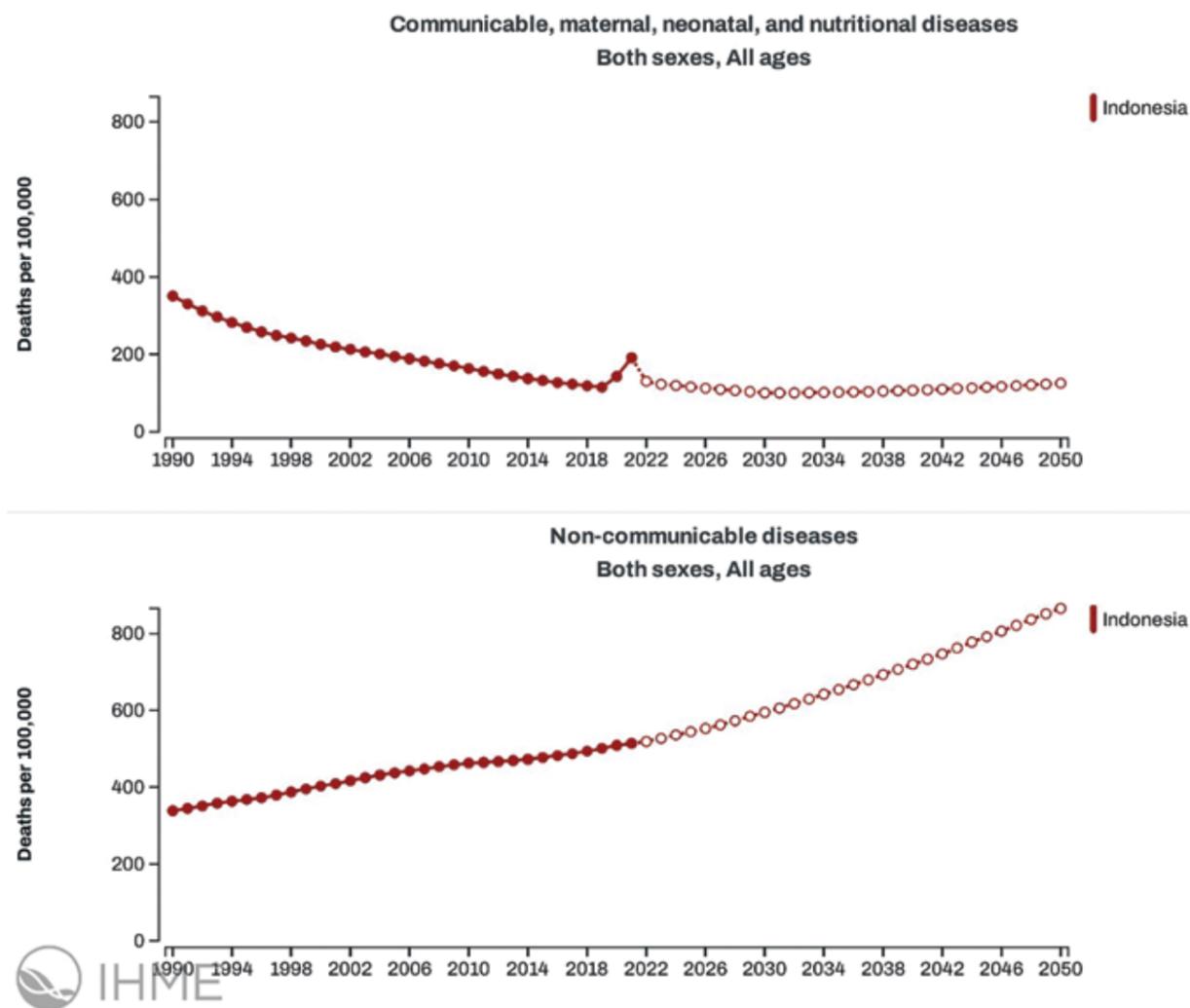
Perubahan Pola Penyebab Kematian Antara Tahun 2022 & 2040



Sumber: Global Burden of Disease (GBD) oleh Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2024

Gambar 1.2

Proyeksi Penyebab Kematian Berdasarkan Kategori Penyakit dan Usia Siklus Hidup



Sumber: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2024

Dalam hal perluasan akses layanan kesehatan esensial, Indonesia mencatatkan kemajuan meski masih memiliki kesenjangan yang perlu diatasi. Berdasarkan Indeks *Universal Health Coverage (UHC) Service Coverage Index* dari WHO, capaian Indonesia meningkat menjadi 55 pada tahun 2021, naik dari 42 pada 2010. Layanan kesehatan ibu dan anak berada pada skor tertinggi (di atas 80), menunjukkan keberhasilan program KIA. Namun, sub-indeks untuk pengendalian penyakit menular (48), penyakit tidak menular (44), serta kapasitas dan akses layanan (55) masih berada dalam kategori menengah. Skor ini masih lebih rendah dibandingkan rata-rata Asia Tenggara (62) dan rata-rata global (68). Bahkan, beberapa negara dengan tingkat ekonomi lebih rendah seperti Vietnam (68), Filipina (58), dan Kamboja (58) mencatatkan skor yang lebih tinggi dari Indonesia.

Menjawab tantangan sistem kesehatan Indonesia, sejak akhir tahun 2021 Indonesia telah melaksanakan transformasi sistem kesehatan untuk mewujudkan sistem kesehatan yang baik, kuat, serta terintegrasi dengan sistem kesehatan dunia. Reformasi sistem kesehatan nasional diterjemahkan oleh Kementerian Kesehatan ke dalam enam pilar transformasi kesehatan, yaitu: (a) transformasi layanan primer, (b) transformasi layanan rujukan, (c) transformasi

sistem ketahanan kesehatan, (d) transformasi sistem pembiayaan kesehatan, (e) transformasi SDM kesehatan, serta (f) transformasi teknologi kesehatan. Secara bertahap, transformasi kesehatan di Indonesia telah menunjukkan kemajuan yang positif, sesuai arah dan target yang telah ditetapkan dalam rencana strategis. Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk terus mempercepat, memperkuat, dan memperluas pelaksanaan transformasi kesehatan, sebagai bagian dari upaya kolektif untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan menuju Indonesia Emas 2045.

Pertama, transformasi layanan primer telah memperkuat jaringan pelayanan kesehatan dasar dengan fokus promotif dan preventif, menjangkau seluruh pelosok Indonesia. Empat inisiatif utama dalam transformasi ini meliputi revitalisasi layanan primer, integrasi paket layanan primer, perluasan cakupan imunisasi, serta penguatan kader dan edukasi masyarakat. Upaya ini dimulai dengan revitalisasi jaringan dan layanan kesehatan primer, termasuk laboratorium kesehatan masyarakat (Labkesmas). Hingga akhir 2024, tercatat 10.374 Puskesmas, 27.768 Pustu (Pusdatin, 2022), dan lebih dari 300 ribu unit jejaring Puskesmas, seperti Posyandu (301.068) (Komdat Kesmas, 2022) yang tersebar di seluruh pelosok

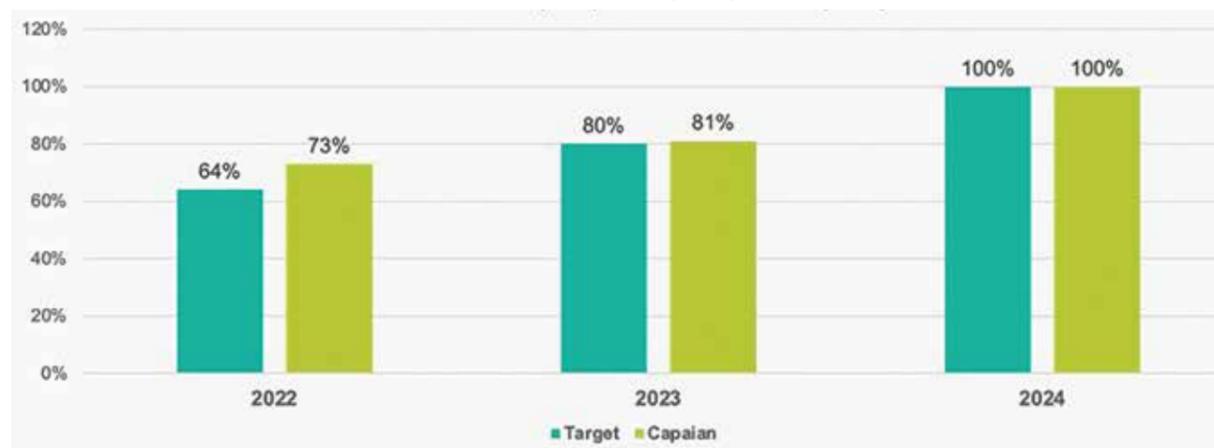
Indonesia. Revitalisasi layanan juga mencakup Labkesmas yang kini dikembangkan secara bertahap dan berjenjang dalam lima tingkat untuk meningkatkan kemampuan deteksi dini penyakit.

Pemerintah mengembangkan model integrasi layanan kesehatan primer (ILP) yang berorientasi pada siklus hidup individu. Pendekatan ini berorientasi pada kebutuhan individu di setiap tahap kehidupan, melalui tata kelola Puskesmas yang terintegrasi dengan sistem kluster. Seluruh kabupaten/kota telah memenuhi target 100% standar sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA) Puskesmas, serta 92% memenuhi ketersediaan obat sesuai standar. Dukungan terhadap pelayanan juga diperkuat melalui penyediaan USG, alat

antropometri, dan pemenuhan sembilan jenis tenaga kesehatan di Puskesmas. Selain itu, cakupan imunisasi juga diperluas dari 11 menjadi 14 jenis vaksin wajib untuk memperkuat imunitas masyarakat dan mencegah terjadinya wabah. Di samping itu, peran kader kesehatan yang berjumlah lebih dari 1,4 juta dan tersebar di berbagai pelosok Indonesia diperkuat melalui berbagai pelatihan keterampilan dasar dan pelibatan aktif dalam kampanye kesehatan melalui media dan platform digital. Dukungan terhadap gerakan seperti GERMAS dan edukasi kesehatan sejak sekolah melalui peluncuran bahan ajar, menjadi bagian dari strategi jangka panjang untuk membentuk masyarakat yang lebih sehat.

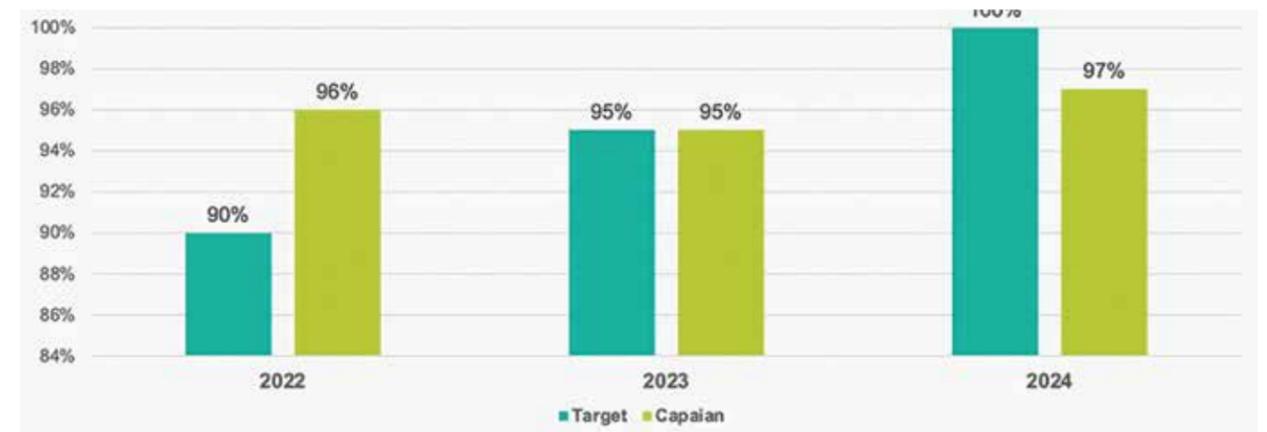
Grafik 1.7

Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Kabupaten/Kota dengan Rata-Rata Pemenuhan SPA Puskesmas di Wilayahnya Tahun 2022–2024



Grafik 1.8

Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Fasyankes Rujukan Milik Pemerintah yang Memenuhi SPA Sesuai Standar Tahun 2022–2024



Kedua, transformasi layanan rujukan kian meningkatkan akses dan mutu pelayanan secara merata dan berkeadilan melalui pembangunan dan penyediaan layanan spesialisik di berbagai wilayah Indonesia. Upaya ini dilakukan melalui pembangunan 38 rumah sakit baru di luar pulau Jawa, penyediaan sarana dan alat kesehatan, serta penguatan tata kelola rumah sakit. Hingga 2024, 97,1% fasilitas layanan rujukan pemerintah telah memenuhi standar sarana, prasarana, dan alat kesehatan. Pemerintah juga memperluas layanan rujukan untuk 10 penyakit prioritas,

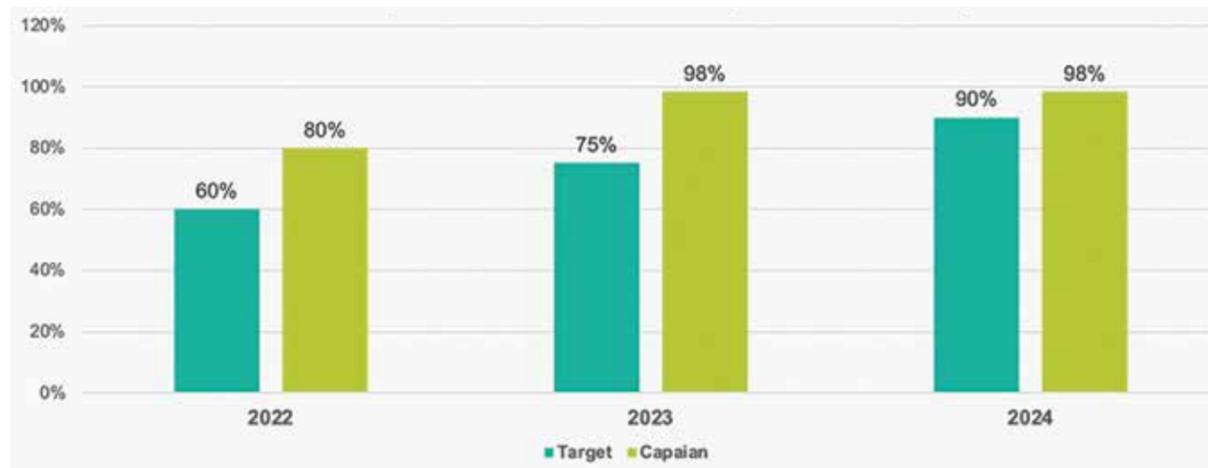
termasuk jantung, stroke, kanker, dan ginjal, dengan pemerataan layanan seperti bedah jantung terbuka, cathlab, terapi kanker, dan pencitraan medis PET/CT. Dari 34 provinsi, baru 10 provinsi yang sudah memiliki RS dengan kapasitas memberikan pelayanan terhadap 10 penyakit prioritas ini. Program pengampunan rumah sakit dijalankan untuk standardisasi kompetensi, fasilitas, dan dukungan teknis terhadap jejaring layanan prioritas.

Peningkatan mutu juga tercermin dari bertambahnya rumah sakit vertikal dengan layanan unggulan internasional dan semakin meningkatnya kepuasan pasien. Hingga tahun 2024, terdapat 28 RS vertikal dengan layanan unggulan internasional, meningkat hampir dua kali lipat dibandingkan dengan tahun 2022 yang hanya mencapai 12 RS. Selain itu, tingkat kepuasan pasien rujukan mencapai 98,37%,

konsisten di atas 90% selama tiga tahun terakhir. Persentase kematian pasien rawat inap lebih dari 48 jam menurun signifikan dari 2,7 pada 2023 menjadi 0,97 pada 2024. Pencapaian ini didukung oleh penyusunan NSPK, Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), serta penguatan layanan emergensi ibu dan anak, seperti SC emergensi dan PONEK.

Grafik 1.9

Perbandingan Persentase Kepuasan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan



Grafik 1.10

Jumlah Produk BBO, Alat Kesehatan, dan Vaksin Produksi Dalam Negeri Tahun 2022–2024



Ketiga, transformasi sistem ketahanan kesehatan di Indonesia menunjukkan kemajuan signifikan melalui tiga pendekatan utama: penguatan produksi alat kesehatan, obat, dan vaksin dalam negeri; peningkatan surveilans dan respons krisis kesehatan; serta penguatan sistem penanganan bencana dan kesiapsiagaan kedaruratan. Kemandirian farmasi dan alat kesehatan dalam negeri meningkat pesat dan berhasil mencapai target Renstra 2020–2024, seperti produksi 20 bahan baku obat (BBO), 17 produk alat kesehatan, dan 17 vaksin di dalam negeri. Keberhasilan ini didorong oleh intervensi strategis melalui pemerintah, sinergi *triple helix* dan *pentahelix* antara akademisi, industri, badan/ pelaku usaha, komunitas, media dan pemerintah,

serta inisiatif seperti pendirian inisiatif *Vaccine Collaborating Center (VOLARE)* dan kerja sama dengan *Medicines Patent Pool* serta organisasi regional dan global lainnya. Di samping itu, Indonesia juga memperkuat sistem surveilans untuk deteksi dan penanganan KLB, yang kini telah mencapai cakupan 84,5% kabupaten/kota, melebihi target nasional. Sistem ini juga diperkuat dengan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan yang diimplementasikan melalui Program Tenaga Cadangan Kesehatan (TCK), penguatan dan integrasi Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu di Pusat dan Daerah serta penerapan *safe hospital* agar Rumah Sakit aman dan siap terhadap berbagai ancaman risiko di masa

depan, termasuk akibat perubahan iklim. Hingga Mei 2025 tercatat jumlah TCK sebanyak 24.925 orang dan 271 *Emergency Medical Team* yang terlatih, kompeten dan siap dimobilisasi untuk menangani krisis kesehatan akibat bencana.

Keempat, transformasi sistem pembiayaan kesehatan Indonesia menunjukkan capaian positif dalam penguatan kelembagaan, perluasan akses, dan peningkatan pembiayaan promotif preventif. Selama satu dekade terakhir,

total belanja kesehatan nasional meningkat hampir dua kali lipat, dari Rp324,6 triliun mencapai Rp614,5 triliun pada 2023, meskipun efisiensi sistem masih perlu diperkuat karena proporsi *out-of-pocket* kembali meningkat pasca-pandemi, dari 25,1 pada 2022 menjadi 28,6 pada 2024. Upaya penguatan sistem juga didukung oleh optimalisasi *National Health Accounts* (NHA), penerapan *Health Technology Assessment* (HTA), konsolidasi pembiayaan

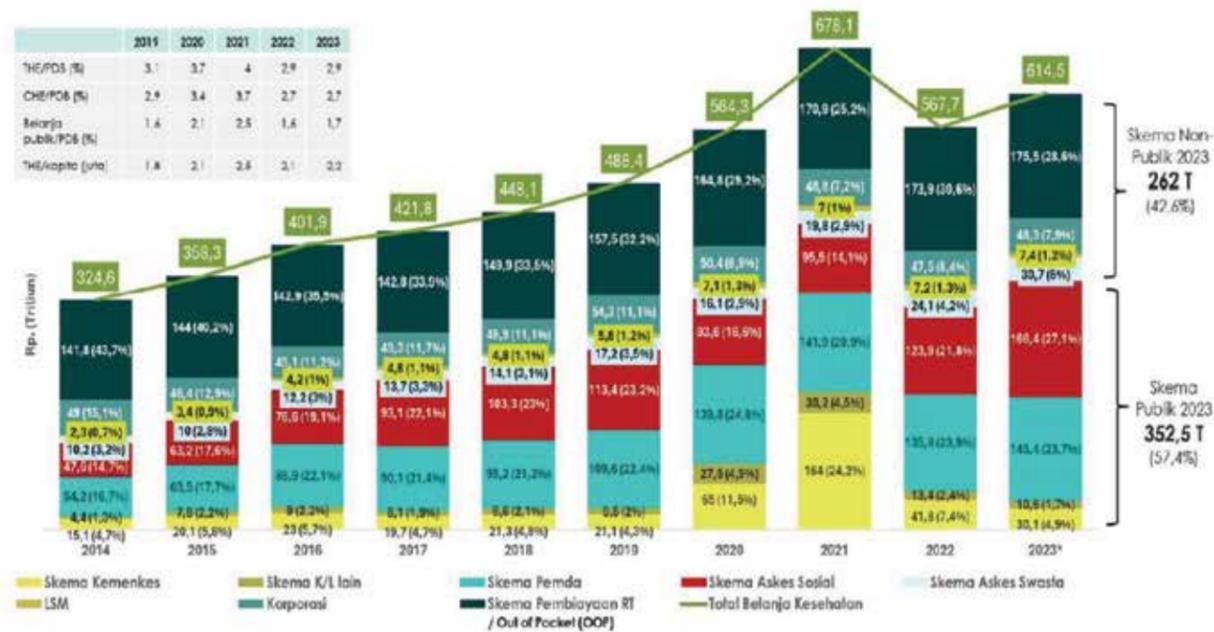
melalui Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK), dan penyesuaian tarif layanan JKN secara berkala, sebagai bagian dari langkah strategis menuju sistem pembiayaan yang lebih adil, efisien, dan berkelanjutan.

Capaian di bidang promotif dan preventif menjadi salah satu indikator keberhasilan transformasi ini. Pemerintah berhasil melampaui target cakupan skrining 14 jenis penyakit bagi kelompok berisiko peserta JKN, dengan capaian sebesar 158,5% dari target 100% pada 2024. Adapun skrining mencakup 14 penyakit 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) thalassemia; (11) kanker payudara; (12) kanker leher rahim; (13) kanker paru; dan (14) kanker usus. Selain itu, 80% kabupaten/kota yang telah memenuhi pembiayaan kegiatan promotif preventif dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) melebihi target nasional sebesar 75%. Capaian ini mencerminkan komitmen bersama dalam memperkuat layanan kesehatan dasar dan pencegahan penyakit secara lebih merata di seluruh wilayah Indonesia.

Kelima, transformasi SDM Kesehatan menunjukkan perkembangan dalam peningkatan ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten, merata, dan berkeadilan di seluruh Indonesia. Sejak diberlakukannya UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023, berbagai kebijakan diterapkan untuk menyederhanakan proses administratif dan tahapan registrasi serta perizinan tenaga medis dan tenaga kesehatan. Hal ini tercermin dari penerbitan lebih dari 1,5 juta Surat Tanda Registrasi (STR) seumur hidup, penyederhanaan penerbitan Surat Izin Praktik (SIP), serta kemudahan pemenuhan Satuan Kredit Profesi (SKP) melalui platform Plataran Sehat secara daring. Hingga Juni 2025, tercatat 53,54% (5.879) dari 10.981 faskes yang teregistrasi dan laik operasional yang memiliki SDM kesehatan sesuai standar. Capaian ini terdiri dari 5.442 puskesmas yang lengkap dengan sembilan jenis tenaga kesehatan dan 437 rumah sakit umum daerah dengan empat jenis dokter spesialis dasar dan tiga jenis dokter spesialis lainnya sesuai standar. Pemerintah juga mempercepat pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan melalui peningkatan akses pendidikan, pelatihan, dan pengembangan karir, serta pelaksanaan program pendidikan dokter spesialis (PPDS) berbasis rumah sakit pendidikan penyelenggara utama (RSP-PU) untuk mendistribusikan dokter spesialis ke

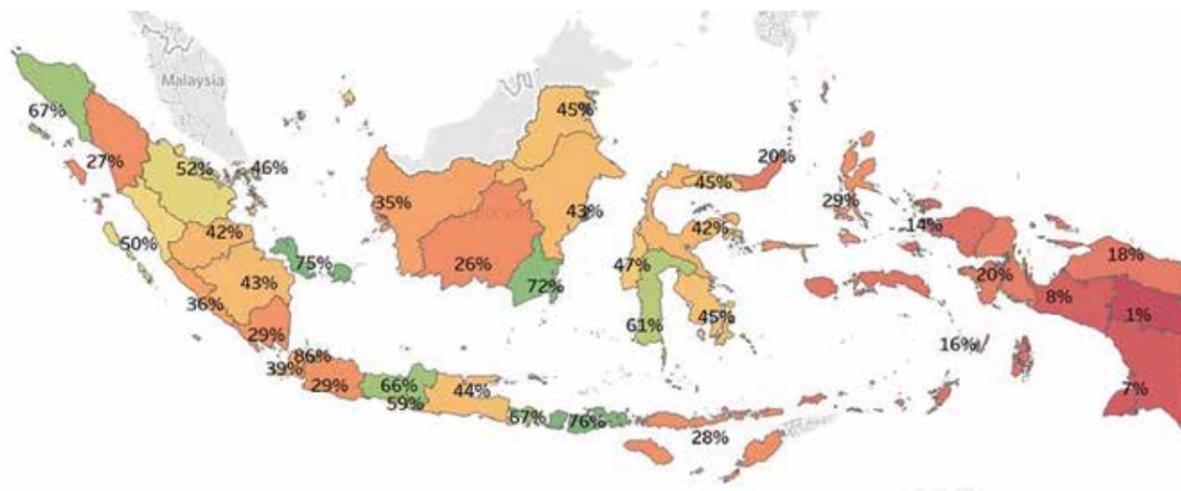
Grafik 1.11

National Health Accounts Indonesia Tahun 2014–2023



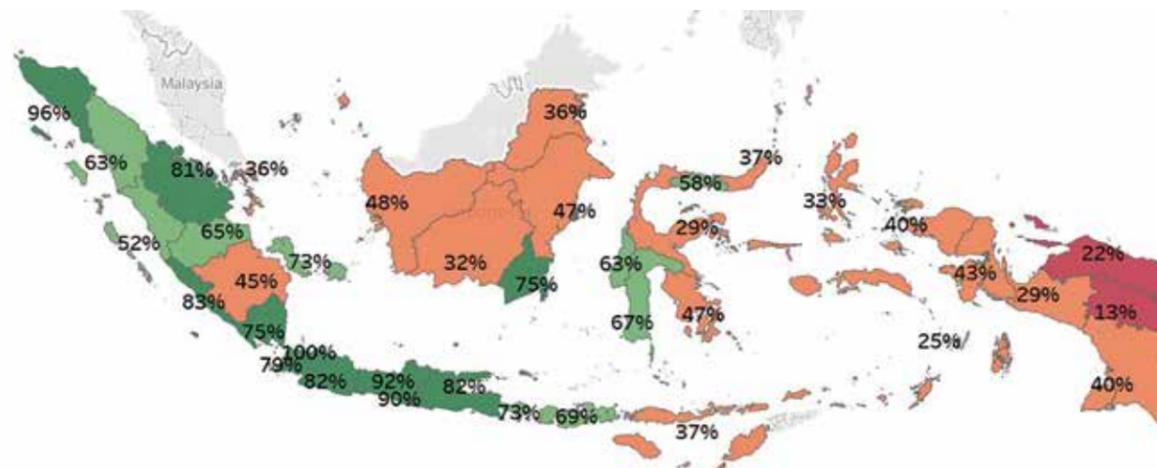
Gambar 1.3

Persentase Pemenuhan Sembilan Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas Tahun 2024



Gambar 1.4

Persentase Pemenuhan Tujuh Jenis Dokter Spesialis Dasar di RSUD Tahun 2024



wilayah yang kekurangan, khususnya daerah terpencil. Untuk menjamin mutu, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* guna memastikan standar dan kualitas RSP-PU setara dengan praktik internasional.

Keenam, transformasi teknologi kesehatan di Indonesia telah menunjukkan capaian signifikan, terutama melalui pembangunan sistem data kesehatan terintegrasi berbasis arsitektur satu data kesehatan. Hingga 2024, sebanyak 49.558 fasilitas kesehatan telah mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia, melampaui target Renstra 2020–2024 yang disesuaikan menjadi 40.000 faskes. Transformasi ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan, yang mengamanatkan bahwa sistem informasi kesehatan harus memenuhi prinsip satu data, yaitu standar data, metadata, interoperabilitas, serta penggunaan kode referensi dan/atau data induk. Salah satu tonggak penting dalam interoperabilitas adalah kehadiran platform SATUSEHAT yang berhasil melakukan standarisasi format dan metadata, sehingga memungkinkan integrasi data kesehatan antarsistem informasi fasilitas layanan kesehatan. SATUSEHAT juga menyediakan

referensi data untuk pencatatan data kesehatan individu, menjadikannya solusi utama dalam menghadirkan sistem yang *interoperable* dan terintegrasi.

Selain teknologi informasi, Kementerian Kesehatan juga telah mengembangkan bioteknologi kesehatan untuk mewujudkan *precision medicine* melalui inisiatif Biomedical Genome-based Science Initiative (BGSi) sejak 2022. BGSi bertujuan untuk mendeteksi potensi penyakit di masa depan, sekaligus menghadirkan pengobatan yang presisi bagi masyarakat melalui pemanfaatan teknologi pengumpulan informasi genetik (genom) dari manusia maupun patogen, seperti virus dan bakteri. Untuk mewujudkannya, Indonesia memiliki kemampuan melakukan *human whole genome sequencing (hWGS)* dan *targeted next-generation sequencing (tNGS)* dengan sistem registri yang terintegrasi. Data-data ini juga tersimpan dalam platform SatuDNA yang terintegrasi dengan SATUSEHAT, menggabungkan data klinis dan genomika.

Integrasi ini membuka jalan bagi pendekatan medis yang lebih presisi dan berbasis data, serta memperkuat ekosistem riset dan layanan kesehatan berbasis bioteknologi di Indonesia.

Dengan berbagai capaian nyata selama periode 2020–2024, transformasi kesehatan di Indonesia telah berhasil membangun fondasi yang kuat menuju sistem kesehatan yang lebih tangguh, merata, dan berkelanjutan. Peningkatan angka harapan hidup, penurunan stunting, perluasan cakupan imunisasi, penguatan layanan primer dan rujukan, penguatan ketahanan kesehatan, serta integrasi teknologi kesehatan menjadi bukti konkret dari

keberhasilan enam pilar transformasi kesehatan. Upaya transformasi ini juga telah meningkatkan kualitas layanan, memperkuat ketahanan sistem kesehatan, serta memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan yang lebih merata, berkualitas, adil, dan inklusif. Untuk itu, keberlanjutan transformasi dalam Renstra 2025–2029 sangat penting agar momentum kemajuan ini terus terjaga dan diperluas, demi mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, dan siap menyongsong Indonesia Emas 2045.



## III. 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 Semester I Tahun 2025.

### 3. Bab III Akuntabilitas Kinerja

#### a. Capaian Kinerja Organisasi

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

#### b. Realisasi Anggaran

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

### 4. Bab IV Penutup

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



Bab II

# Perencanaan Kinerja

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

## I. 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 2025–2045, 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 untuk terwujudnya Indonesia maju yang berdaulat, mandiri, dan berkepribadian, berlandaskan gotong royong, maka telah ditetapkan sembilan (9) 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

## BAB II RENCANA STRATEGIS

pada terjadinya perubahan nomenklatur di Kementerian Kesehatan.

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

1. Meningkatkan kesehatan reproduksi, ibu, anak, dan remaja
2. Perbaikan gizi masyarakat
3. Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit
4. Pembudayaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (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 Tahun 2020–2024

Tujuan	Sasaran Strategis
1. Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Primer yang Komprehensif dan Berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Menguatnya promotif preventif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) melalui Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) dan pendekatan keluarga.</li> <li>1.2. Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai (BMHP), dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer.</li> <li>1.3. Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta.</li> </ol>
2. Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan BMHP pelayanan kesehatan rujukan.</li> <li>2.2. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik.</li> <li>2.3. Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain.</li> </ol>
3. Terciptanya Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat tradisional, dan vaksin dalam negeri.</li> <li>3.2. Menguatnya surveilans yang adekuat.</li> <li>3.3. Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan.</li> </ol>
4. Terciptanya Sistem Pembiayaan Kesehatan yang Efektif, Efisien dan Berkeadilan	<ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif.</li> <li>4.2. Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC).</li> </ol>
5. Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan	<ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas.</li> <li>5.2. Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan.</li> <li>5.3. Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan.</li> </ol>
6. Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif	<ol style="list-style-type: none"> <li>6.1. Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti.</li> <li>6.2. Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti.</li> <li>6.3. Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik.</li> </ol>

Gambar 2.1

Keterkaitan Visi, Misi, Tujuan & Sasaran Strategis Kemenkes Tahun 2020–2024



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 Tahun 2020–2024

Tujuan	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis
1. Terwujudnya pelayanan kesehatan primeryang komprehensif danberkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat	1.1. Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga.  1.2. Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer  1.3. Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persentase Kabupaten/kota yang melaksanakan SPM</li> <li>- Angka Kematian Ibu/AKI (per 100.000 kelahiran hidup)</li> <li>- Angka Kematian Bayi/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> <li>- Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar</li> <li>- Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar</li> <li>- Persentase FKTP terakreditasi (%)</li> <li>- Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas</li> </ul>

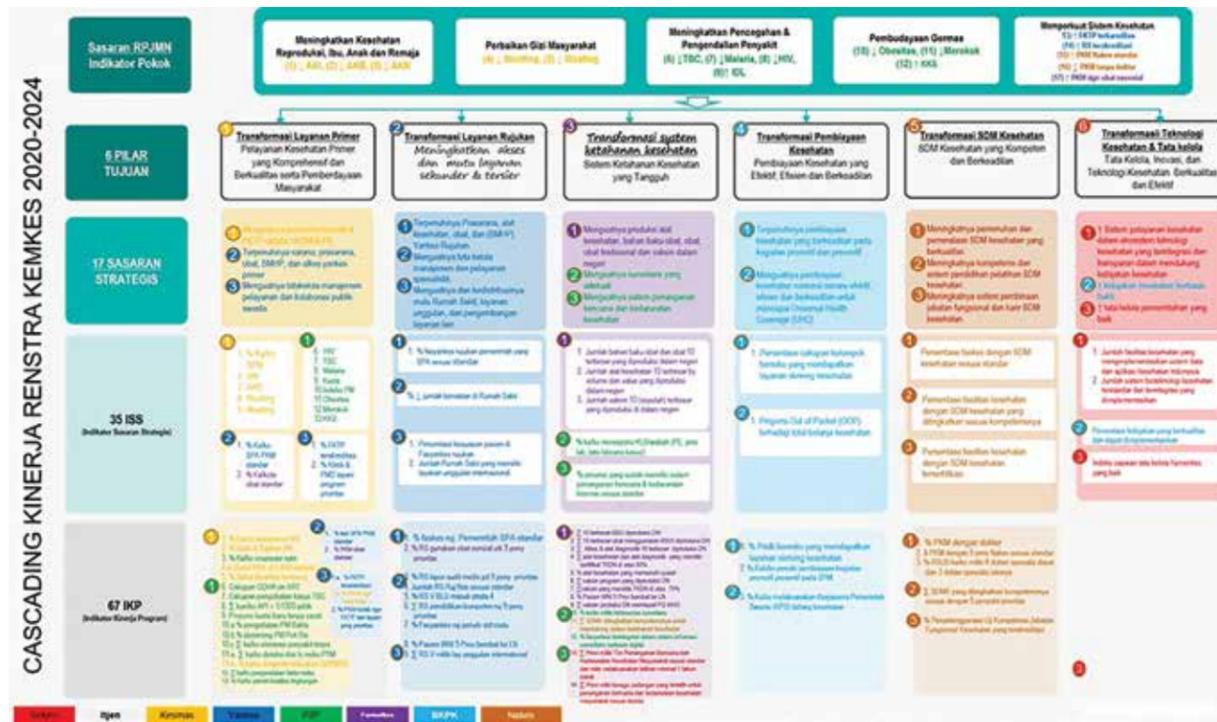
## BAB II RENCANA STRATEGIS

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 2.2. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik 2.3. Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar</li> <li>- Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit</li> <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 3.2. Menguatnya surveilans yang adekuat 3.3. Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan	<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 by volume dan value yang diproduksi dalam negeri</li> <li>- Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri</li> <li>- Persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tatalaksana kasus)</li> <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 4.2. Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan</li> <li>- Proporsi Out of Pocket (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 5.2. Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan 5.3. Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karir SDM kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar</li> <li>- Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya</li> <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 6.2. Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti 6.3. Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik	<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> <li>- Persentase kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan</li> <li>- Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik.</li> </ul>

Gambar 2.2

Cascading Kinerja Renstra Kementerian Kesehatan 2020–2024

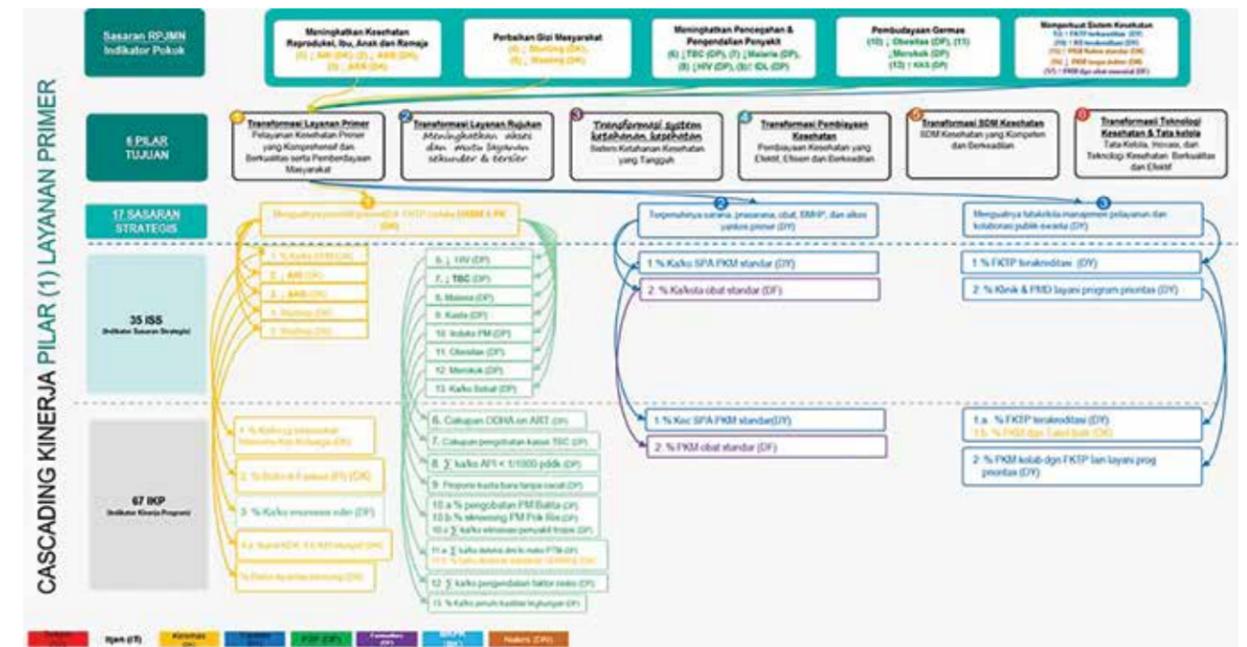


Kebijakan pada Rencana Strategi Kementerian Kesehatan sesuai dengan transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi sistem kesehatan nasional. Transformasi kesehatan tersebut meliputi:

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

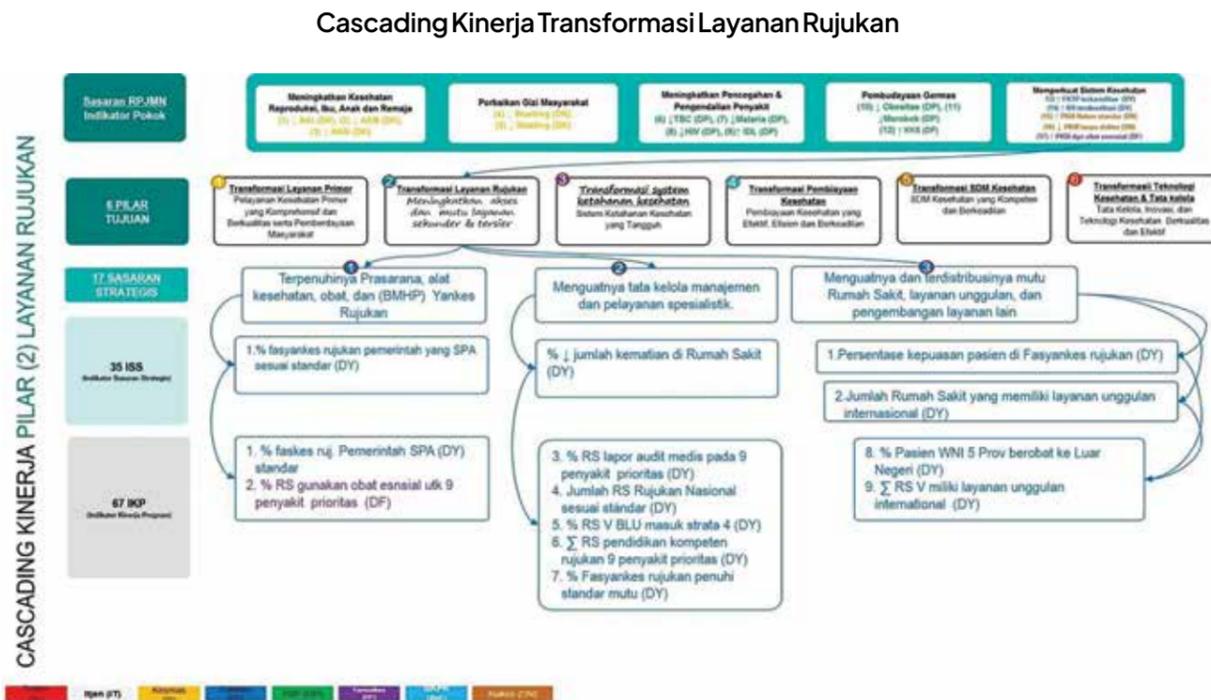
Gambar 2.3

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



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

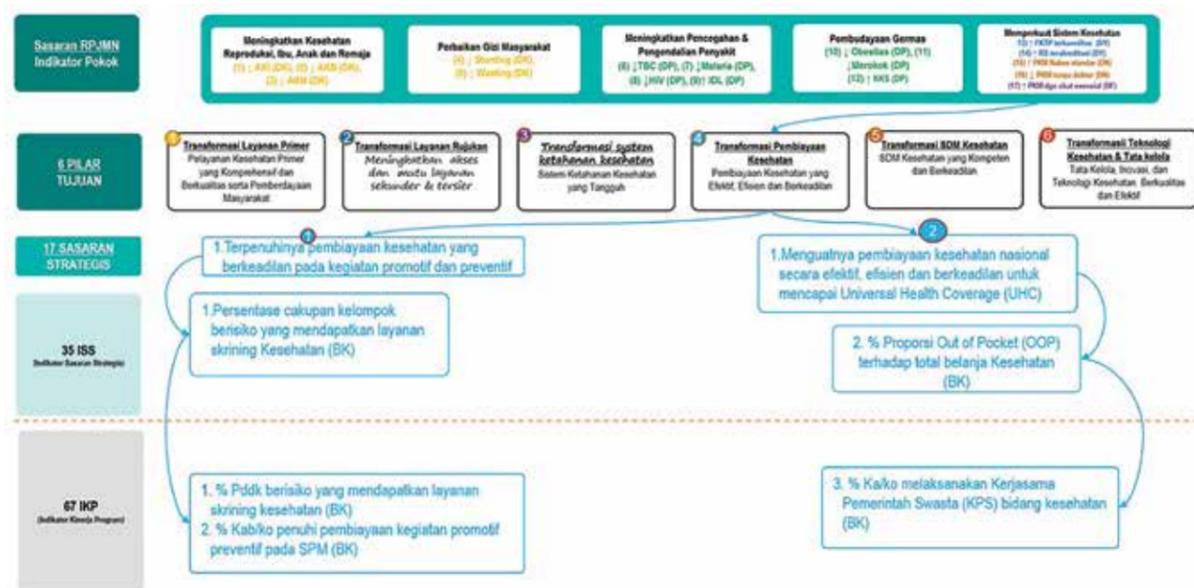
Gambar 2.5



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

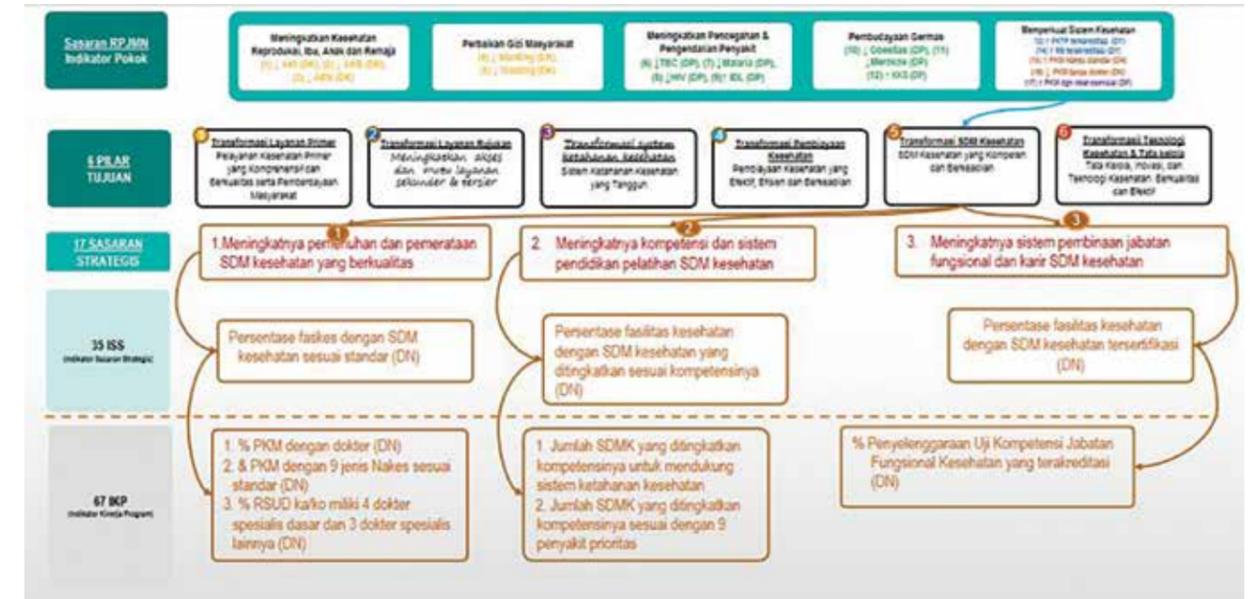
Cascading Kinerja Transformasi Pembiayaan Kesehatan



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

Gambar 2.7

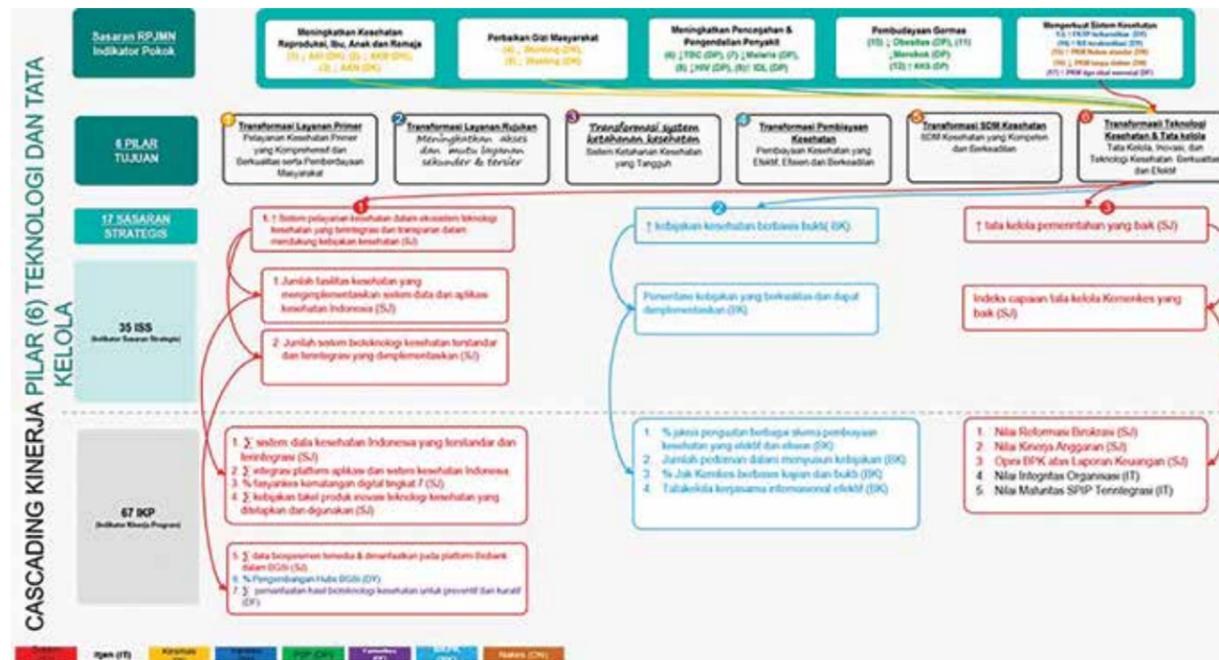
Cascading Kinerja Transformasi SDM Kesehatan



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.

## II. Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029

### Visi Kementerian/Lembaga

Cita-cita Indonesia dalam RPJPN 2025–2045, yaitu Indonesia Emas 2045 dijabarkan dalam RPJMN 2025–2029 menjadi “Bersama Indonesia Maju Menuju Indonesia Emas 2045”. Selaras dengan visi pada RPJMN 2025–2029, Kementerian Kesehatan menetapkan visi 2025–2029, yaitu: “Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045”.

### Misi Kementerian/Lembaga

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

1. Mewujudkan Masyarakat Sehat pada Seluruh Siklus Hidup
2. Membudayakan Gaya Hidup Sehat
3. Memenuhi Layanan Kesehatan yang Berkualitas, Baik, Adil, dan Terjangkau
4. Mengimplementasikan Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh dan Responsif
5. Memperkuat Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan Nasional yang Berkecukupan, Adil Dan Berkelanjutan
6. Mengembangkan Teknologi Kesehatan yang Maju

7. Mewujudkan Birokrasi dan Layanan Publik yang Agile, Efektif, dan Efisien

### Tujuan Kementerian/Lembaga

Dalam rangka pencapaian visi, ditetapkan tujuh (7) tujuan Kementerian Kesehatan untuk lima tahun ke depan, yaitu:

1. Masyarakat Sehat di Setiap Siklus Hidup
2. Masyarakat Berperilaku Hidup Sehat
3. Layanan Kesehatan Yang Berkualitas, Baik, Adil dan Terjangkau
4. Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh dan Responsif
5. Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang Efektif
6. Teknologi Kesehatan yang Maju
7. Kementerian Kesehatan yang Agile, Efektif, dan Efisien

Gambar 2.9

Indikator Strategis Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029



Sasaran Strategis Kementerian/Lembaga

Dalam rangka mencapai tujuan Kementerian Kesehatan di atas, maka ditetapkan sasaran strategis Kementerian Kesehatan Periode 2025–2029 sebagai berikut:

Tabel 2.3

Tujuan, Sasaran Strategis dan Indikator Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029

Tujuan	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis
1. Masyarakat sehat di setiap siklus hidup	1.1. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan promotif dan preventif  1.2. Meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angka Kematian Ibu</li> <li>• Angka Kematian Balita</li> <li>• Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek)</li> <li>• Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60)</li> <li>• Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis</li> <li>• Prevalensi depresi di umur ≥ 15 tahun</li> <li>• Kabupaten/Kota yang mencapai target ketebalan kelompok</li> <li>• Menurunkan sepertiga beban penyakit PTM atau angka kematian akibat PTM</li> <li>• Angka populasi bebas Penyakit Menular</li> </ul>
2. Masyarakat berperilaku hidup sehat	2.1. Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persentase penduduk dengan literasi kesehatan</li> <li>• Proporsi penduduk dengan tingkat kebugaran cukup</li> <li>• Kabupaten/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)</li> <li>• Prevalensi obesitas &gt; 18 tahun</li> </ul>

## BAB II RENCANA STRATEGIS

Tujuan	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis
3. Layanan Kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau	<p>3.1. Meningkatnya kapasitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes</p> <p>3.2. Meningkatnya pemerataan SDM kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase kabupaten/kota dengan fasyankes sesuai standar</li> <li>Proporsi fasyankes dengan perbekalan kesehatan sesuai standar</li> <li>Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna</li> <li>Tingkat kepuasan pasien di fasyankes</li> <li>Persentase belanja kesehatan <i>out of pocket</i></li> <li>Persentase masyarakat memiliki asuransi kesehatan aktif</li> </ul> <p>Rasio nakes dan distribusi nakes berdasarkan beban penyakit terhadap populasi</p>
4. Sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsif	4.1. Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporsi jenis obat (termasuk vaksin dan produk biologi) yang dapat diproduksi dalam negeri</li> <li>Proporsi jenis alkes yang dapat diproduksi dalam negeri</li> <li>Indeks alat kesehatan memenuhi standar</li> <li>Nilai kapasitas International Health Regulations (IHR) dalam Joint External Evaluation (JEE)</li> <li>Kabupaten/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan</li> </ul>
5. Tata kelola dan pendanaan kesehatan yang efektif	<p>5.1. Meningkatnya keselarasan kebijakan dan prioritas bidang kesehatan antara pemerintah pusat dan daerah</p> <p>5.2. Meningkatnya kualitas pendanaan kesehatan yang berkelanjutan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang menyelaraskan perencanaan pembangunan dan mencapai target tahunan pembangunan</li> <li>Pengeluaran kesehatan total per kapita</li> <li>Skala investasi di sektor kesehatan</li> </ul>

Tujuan	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis
6. Teknologi kesehatan yang maju	<p>6.1. Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan</p> <p>6.2. Meningkatnya kuantitas dan kualitas uji klinis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase fasyankes yang terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan nasional (SIKN)</li> <li>Persentase masyarakat yang terpantau kesehatannya melalui SIKN</li> <li>Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan</li> <li>Peningkatan kapabilitas uji klinik di Indonesia</li> </ul>
7. Birokrasi dan layanan publik yang agile, efektif dan efisien	7.1. Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan	Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan



Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) atau quick win di bidang kesehatan Presiden Prabowo Subianto dimulai dari daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) di Indonesia. Kementerian Kesehatan melakukan peletakan batu pertama untuk peningkatan kapasitas dan kualitas infrastruktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD).



CREDIT: TITLE

### III. Perjanjian Kinerja Tahun 2025

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.

Dikarenakan pada awal tahun 2025 rancangan Renstra 2025–2029 sedang berproses dan belum ditetapkan maka Perjanjian Kinerja awal Tahun 2025 sesuai dengan indikator tahun 2024 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 2.4

Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2025

No	Tujuan/Sasaran Strategis/Indikator Kinerja	Target
1.	<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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM</li> <li>2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup)</li> <li>3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup)</li> <li>4. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) (%)</li> <li>5. Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)</li> <li>6. Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)</li> <li>7. Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)</li> <li>8. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria</li> <li>9. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta</li> <li>10. Indeks pengendalian penyakit menular</li> <li>11. Prevalensi obesitas pada penduduk usia &gt;18 tahun</li> <li>12. Persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun</li> <li>13. Jumlah kabupaten/kota sehat</li> </ol>
1.2	Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yankes primer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar</li> <li>2. Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar</li> </ol>
1.3	Menguatnya tatakelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase FKTP terakreditasi</li> <li>2. Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas</li> </ol>

**BAB II**  
**RENCANA STRATEGIS**

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 spesialisik Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lain	1. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit <2,5
2.3	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lain	1. Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan 2. Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional. 90 (kum) 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 2. Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri 3. Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri 20 17 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	1. Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar 38

No	Tujuan/Sasaran Strategis/Indikator Kinerja	Target
<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 health coverage (UHC)	1. Proporsi Out Of Pocket (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	1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya 60
5.3	Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM Kesehatan	1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi 100

## BAB II RENCANA STRATEGIS

No	Tujuan/Sasaran Strategis/Indikator Kinerja	Target
6.	<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 40.000  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	1. Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik 86

Jumlah anggaran pagu awal yang dialokasikan pada Tahun 2025 sebesar **Rp. 105.649.390.997.000** (Seratus Lima Triliun Enam Ratus Empat Puluh Sembilan Miliar Tiga Ratus Sembilan Puluh Juta Sembilan Ratus Sembilan Puluh Tujuh Ribu Rupiah).



Bab III

# Akuntabilitas Kinerja

Tahun 2025 merupakan tahun pertama dalam periode Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025–2029.

Tahun 2025 merupakan tahun pertama dalam periode Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025–2029. Pada penyusunan LAKIP Semester I tahun 2025 belum ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029, sehingga penyajian akuntabilitas kinerja merupakan capaian Perjanjian Kinerja Tahun 2025 yang menggunakan target dan indikator tahun 2024 dan capaian indikator sasaran strategis pada rancangan Renstra 2025–2029.

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.

### 3.1 Capaian Indikator Pada Perjanjian Kinerja Tahun 2025

#### 3.1.1 Indikator Sasaran Strategis Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan SPM

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

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

peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif mencakup peningkatan kesehatan, perlindungan spesifik, diagnosis dini dan pengobatan tepat, pencegahan kecacatan dan rehabilitasi. Hal ini dikuatkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.

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

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

Realisasi Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM didapatkan dari pengolahan data e-Bangda. Sampai dengan 3 Juli 2025, belum terbit data terbaru.

Tabel 3.1

Realisasi Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan SPM

Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM	100	N/A	N/A

Sehingga kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian target persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan SPM:

- 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.
- Meningkatkan 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 Sarpras/Alkes/Obat yang belum memenuhi kebutuhan perkapita.
- 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, perencanaan dan penganggaran kegiatan untuk mendukung SPM, pencatatan dan pelaporan dan monitoring dan evaluasi.
- Memaksimalkan Pemanfaatan sumber dana (DAU, DAK, dll) untuk pencapaian SPM daerah.
- Pendampingan daerah dalam pemenuhan standar dalam Pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, balita, usia pendidikan dasar, usia produktif, usia lanjut, penderita hipertensi, penderita diabetes melitus, penderita gangguan jiwa berat, orang terduga tuberkulosis, dan orang dengan risiko terinfeksi HIV.

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

Salah satu fokus pembangunan kesehatan pada tahun 2020–2024 meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan indikator status kesehatan masyarakat diantaranya Angka Kematian Ibu.

Definisi Operasional yang digunakan untuk indikator AKI per 100.000 kelahiran hidup adalah jumlah kematian perempuan akibat sebab apa pun yang berkaitan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk sebab kecelakaan atau insidental). Hal ini terjadi selama masa kehamilan, persalinan, atau dalam 42 hari setelah kehamilan berakhir tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan dan dinyatakan per 100.000 kelahiran hidup dalam periode waktu tertentu.

Secara nasional Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia telah menurun dari 305 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (Survei Penduduk Antar Sensus, 2015) menjadi 189 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (Long Form Sensus Penduduk, 2020). Hasil tersebut masih dibawah target di tahun 2025 yaitu 183 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup. Data AKI didapat dari survei/riset/sensus secara nasional yang

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

dilakukan oleh institusi resmi secara berkala, dan diakui oleh Pemerintah, yaitu Sensus Penduduk dilakukan 10 tahun sekali; atau Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (di antara 2 sensus penduduk).

Oleh sebab itu, capaian di tahun 2025 masih mengacu kepada hasil Sensus Penduduk di Tahun 2020 yaitu sebesar 189 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup.

Indikator AKI merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga presentase realisasi kinerja didapatkan dengan perhitungan:  $((\text{Target} - (\text{Capaian} - \text{Target})) / T) \times 100\%$ . Dengan target 183/100.000 KH dan realisasi 189/100.000 KH didapatkan persentase realisasi kinerja sebesar 96,72%.

Distribusi Angka Kematian Ibu berdasarkan Long Form SP 2020 sebagaimana terlihat pada Grafik 3.3 di atas menunjukkan AKI tertinggi masih berada di wilayah timur yaitu Papua pegunungan dengan angka 638/100.000 KH. 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 2025 Semester 1 masih merujuk kepada hasil Long Form SP 2020 yaitu 189 per 100.000 KH, walaupun terdapat perbedaan target AKI dari 2020 sampai dengan 2024, sehingga walaupun realisasi tetap, tetapi karena target terus meningkat maka realisasi kinerja terus menurun.

Tabel 3.2

Realisasi Kinerja Indikator AKI (per 100.000 kelahiran hidup)

Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1. AKI (per 100.000 kelahiran hidup (KH))	183	189	96,72

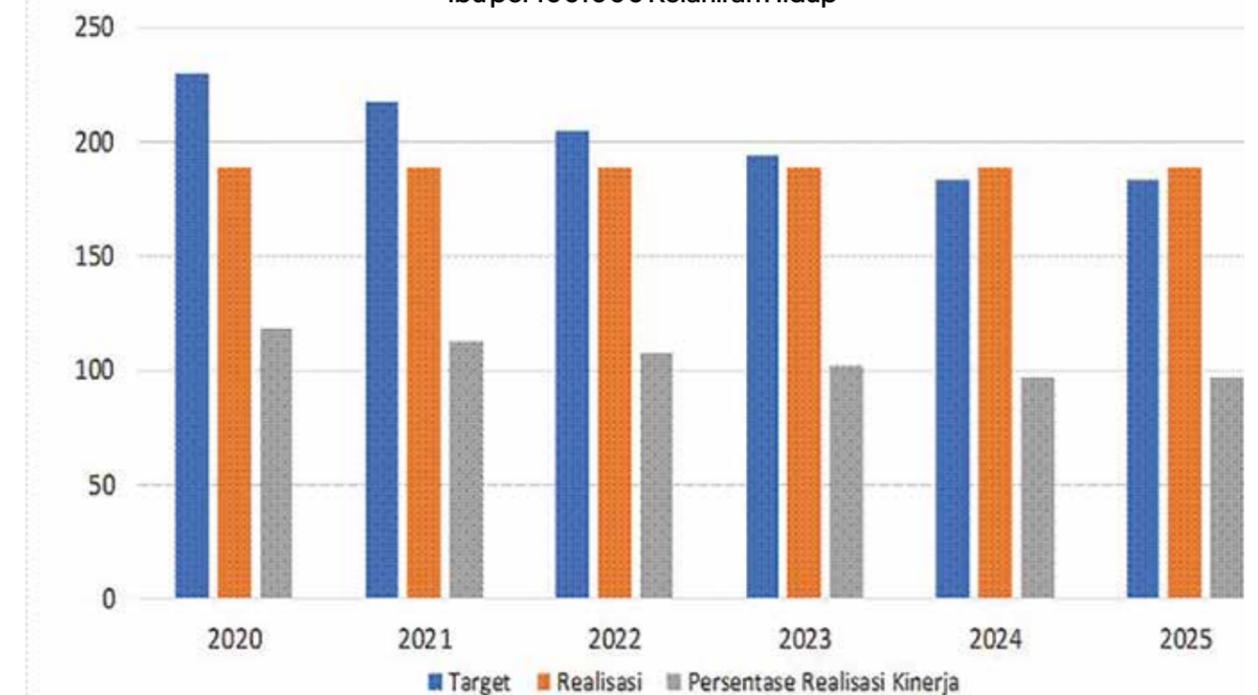
Grafik 3.1



Sumber: Long Form, SP(2020)

Grafik 3.2

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 2 (dua) orang terdiri dari dokter dan bidan atau 2 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 dan Posyandu didukung dengan penguatan laboratorium di Puskesmas dan kabupaten.
- Pemeriksaan kehamilan sesuai standar paling sedikit 6 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 2 kali pada trimester ke-2, 3 kali pada trimester ke-3.
- Pemenuhan sarana prasarana, peralatan dan 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 KEK dan ibu hamil resiko KEK.
- Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB seperti kerjasama dengan Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah serta Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi untuk peningkatan literasi, skrining anemia pada rematri, pendampingan pemberian Tablet Tambah Darah bagi remaja putri. Kerjasama dengan Kementerian Agama dalam konsultasi kesehatan bagi calon pengantin dan lain-lain.
- Pelaksanaan kelas ibu hamil.
- Peningkatan pelaksanaan surveilans kematian ibu melalui MPDN, pelaksanaan AMPSR dan 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:**

- Kondisi kesehatan remaja putri sebagai calon ibu hamil yang masih belum optimal.
- 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 Angka Kematian Ibu (AKI) antara lain:**

- Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi.
- Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi, di antaranya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual.
- 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 2 dimensi

**Adapun alternatif solusi dari faktor penghambat tercapainya target indikator Angka Kematian Ibu (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 kegawatdaruratan maternal dan neonatal
- Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil
- Meningkatkan kesehatan remaja putri



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

### 3.1.3 Angka Kematian Bayi/ AKB (per 1.000 Kelahiran Hidup)

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

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

AKB dihitung jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1.000 kelahiran hidup pada periode waktu yang sama. AKB dihitung dengan Jumlah kematian bayi dibagi jumlah lahir hidup dikali 1.000

Seperti data Angka Kematian Ibu, data Angka Kematian Bayi juga didapat dari survei/riset/sensus secara nasional yang dilakukan oleh institusi resmi secara berkala, dan diakui oleh Pemerintah, yaitu Sensus Penduduk dilakukan 10 tahun sekali; atau Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (di antara 2 sensus penduduk).

Oleh karena itu pelaporan AKB tidak tersedia secara tahunan, Capaian Kinerja Indikator AKB pada Tahun 2025 Semester 1 masih merujuk kepada hasil *Long Form* Sensus Penduduk 2020 yaitu 16,85 per 1.000 KH.

Indikator AKB merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga Persentase realisasi kinerja didapatkan dengan perhitungan:  $((\text{Target} - (\text{Capaian} - \text{Target})) / \text{T}) \times 100\%$ . Dengan target 16/1.000 KH dan realisasi 16,85/1.000 KH didapatkan persentase realisasi kinerja sebesar 94,68%.

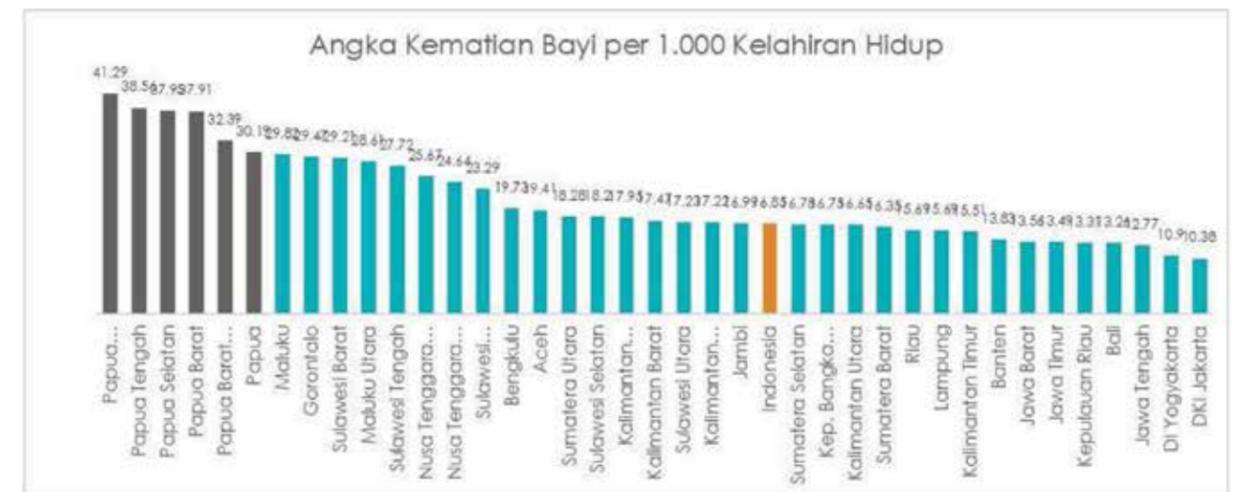
Tabel 3.3

Realisasi Kinerja Indikator AKB (per 1.000 kelahiran hidup)

Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1. AKB (per 1.000 kelahiran hidup)	16	16,85	94,68

Grafik 3.3

Distribusi Angka Kematian Bayi Per Wilayah Provinsi TWI 2024



Berdasarkan Grafik 3.3 di atas ada 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 2025 Semester 1 masih merujuk kepada hasil *Long Form* Sensus Penduduk 2020 yaitu 16,85 per 1.000 KH, walaupun terdapat perbedaan target AKB dari 2020 sampai dengan 2025. Sehingga walaupun realisasi tetap, tetapi karena target terus meningkat maka realisasi kinerja terus menurun.

Grafik 3.4

Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup



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

- 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).
- Peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan melalui orientasi/sosialisasi terkait pencatatan dan pelaporan kepada pengelola program dan pendampingan.

**Faktor penghambat pencapaian kinerja indikator 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 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 AKB.
- Tersedianya sistem informasi pencatatan dan pelaporan 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* 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. *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 mellitus 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 Z-score kurang dari -2 SD. Prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) dihitung dengan formulasi Jumlah balita pendek dibagi jumlah balita diukur panjang atau tinggi badan dikali 100.

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Capaian prevalensi *stunting* masih mengacu pada data survei, sehingga untuk tahun 2025 mengacu pada data SSGI tahun 2024 sebesar 14,0% dari target 19,8%. Indikator prevalensi *stunting* merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga capaian kinerja indikator prevalensi *stunting* sebesar 58,57%.

Secara nasional prevalensi *stunting* mengalami penurunan, dari 21,5% di tahun 2023 (SKI, 2023) menjadi 19,8% di tahun 2024 (Survei Status Gizi Indonesia, 2022). Hasil tersebut merupakan hal baik namun masih perlu peningkatan, karena masih dibawah target Tahun 2025 yaitu 14%.

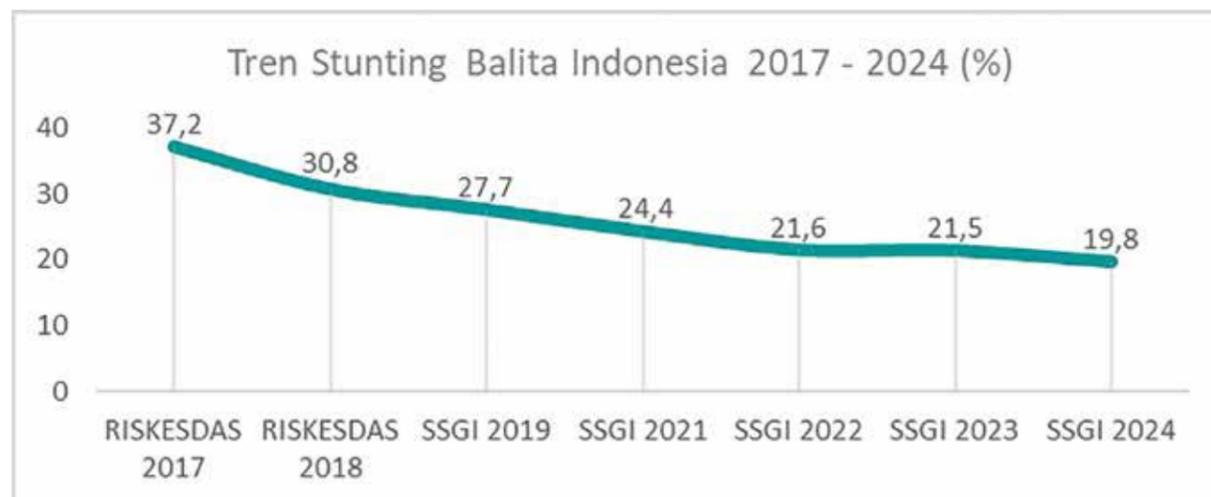
Tabel 3.4

Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi Stunting

Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1. Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) (%)	14,0	19,8	58,57

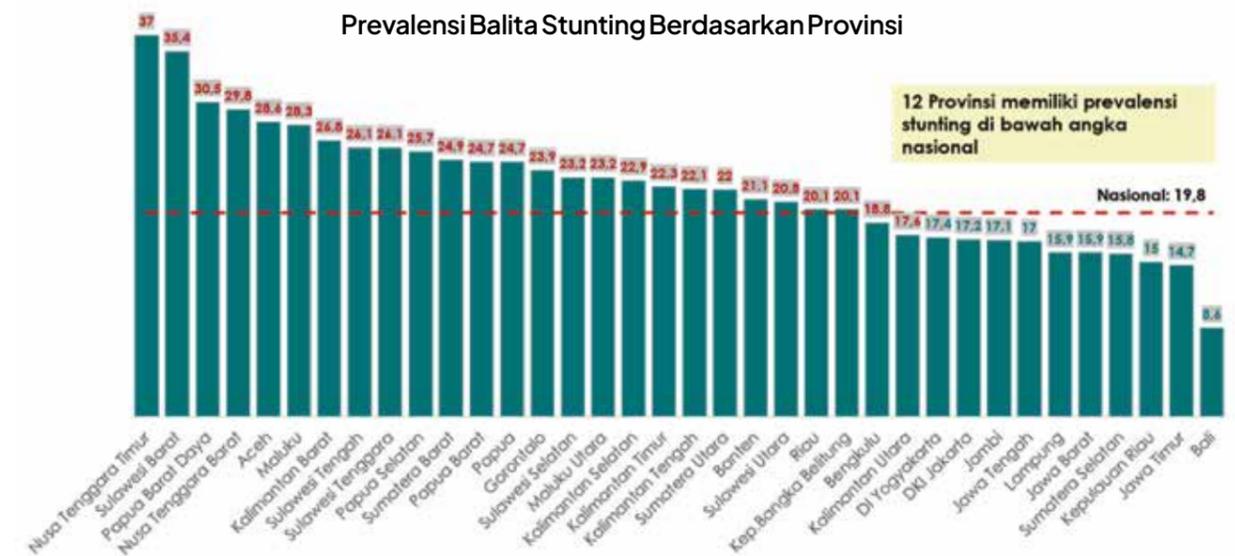
Grafik 3.5

Capaian Indikator Stunting 2021- Semester I Tahun 2025



Adapun sebaran untuk masing-masing provinsi sebagaimana Grafik 3.6 berikut:

Grafik 3.6



Sumber: Survei Status Gizi Indonesia Tahun 2024  
Ket: Papua Tengah dan Pegunungan tidak dapat dipublikasikan karena Response Rate Rendah

Berdasarkan grafik di atas lima provinsi dengan prevalensi *stunting* terbesar berdasarkan SSGI 2025 yaitu Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Barat, Papua Barat Daya, Nusa Tenggara Barat, dan Aceh. Sedangkan lima provinsi terendah berdasarkan SKI 2023 yaitu Bali, Jawa Timur, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan dan Jawa Barat.

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

Peningkatan kesehatan remaja putri melalui skrining anemia dan konsumsi tablet tambah darah remaja putri.

- Pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar.
- Pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil KEK dan balita bermasalah gizi.
- Pemantauan pertumbuhan balita.
- Peningkatan pelayanan kesehatan bayi dan balita melalui inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian ASI Eksklusif dan MPASI.
- Imunisasi dasar lengkap.

Faktor pendukung dalam penurunan dan pencegahan *stunting* adalah sebagai berikut:

- Strategi nasional penanggulangan *stunting* sudah diformulasikan mulai dari pusat hingga daerah melalui TPPS (Tim Percepatan Penurunan *Stunting*).
- Dukungan penuh dalam pelaksanaan intervensi sensitif dan spesifik, peningkatan kapasitas sumber daya kesehatan, hingga pemenuhan sarana dan prasarana yang berkualitas dan terstandar di seluruh Puskesmas dan Posyandu.
- Kegiatan intervensi gizi sensitive yang dilakukan oleh sektor non kesehatan ditujukan untuk mengatasi masalah tidak langsung dari masalah gizi.

Beberapa hal yang menjadi penghambat dalam upaya penurunan prevalensi *stunting* adalah:

- Pelaksanaan intervensi *stunting* belum mencapai target.
- Komitmen setiap program dan sektor serta instansi hingga masyarakat yang terlibat masih perlu diperkuat kembali.

Alternatif kegiatan untuk penurunan prevalensi *stunting* adalah:

- Optimalisasi pelaksanaan intervensi spesifik: pemenuhan gizi ibu hamil, pemberian ASI eksklusif, imunisasi, vitamin, dan pengobatan infeksi.
- Optimalisasi pelaksanaan intervensi sensitif: air bersih, sanitasi, pendidikan gizi, program keluarga sejahtera, dan perlindungan sosial.
- Optimalisasi konvergensi lintas sektor: kolaborasi pemerintah pusat, daerah, dan masyarakat.

**Gambar 3.1**

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 (%)

Definisi operasional persentase *wasting* (gizi kurang dan gizi buruk) pada balita adalah persentase anak umur 0-59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score kurang dari -2 SD pada suatu wilayah dan kurun waktu tertentu. Angka

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

Capaian prevalensi *wasting* masih mengacu pada data survei, sehingga untuk tahun 2025 mengacu pada data SSGI Tahun 2024 sebesar 7,4% dari target 7%. Indikator prevalensi *wasting* merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga capaian kinerja indikator prevalensi *stunting* sebesar 94,29%.

**Tabel 3.5**

Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi *Wasting*

Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1. Prevalensi <i>Wasting</i> (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)	7,0	7,4	94,29

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 3.7

Capaian Indikator *Wasting* Tahun 2022–2025 Semester I



Secara umum, terdapat penurunan prevalensi *wasting* di tingkat nasional, dimulai dari 12,1% pada tahun 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2023. Namun, prevalensi tersebut justru lebih tinggi dibandingkan beberapa tahun sebelumnya. Prevalensi balita *wasting* berdasarkan provinsi dapat dilihat dari grafik berikut:

Grafik 3.8 Prevalensi Balita *Wasting* per Provinsi



Dari 38 provinsi, terdapat 110 provinsi yang berada di bawah 7%, dengan capaian terendah yaitu Provinsi Bali, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Kepulauan Riau. Kemudian Provinsi Kalimantan Utara, DIY, Lampung, Sumatera Selatan, dan Bengkulu.

Beberapa faktor yang menghambat pencapaian target penurunan *wasting* sebagai berikut:

- Diet yang tidak adekuat dan kerawanan pangan berkontribusi terhadap status gizi.
- Akses ekonomi (keterjangkauan) pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan adalah penyebab utama kerawanan pangan.
- Pengeluaran untuk makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar cenderung diproses.
- Status kesehatan, akses yang tidak memadai ke pelayanan kesehatan, dan air dan sanitasi, terkait status gizi.
- Akses ekonomi (keterjangkauan) pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan adalah penyebab utama kerawanan pangan.
- Pengeluaran untuk makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar cenderung diproses.
- Status kesehatan, akses yang tidak memadai ke pelayanan kesehatan, dan air dan sanitasi, terkait status gizi.

- Pemberian makan pada bayi dan anak dan asupan makanan ibu yang tidak adekuat serta praktik perawatan ibu dan pengasuhan anak yang suboptimal.
- 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,

Komitmen pemerintah untuk upaya pembinaan gizi masyarakat sangat tinggi yang tecermin 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:

- Percepatan penurunan *stunting* dengan peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi;
- Peningkatan intervensi dengan didukung data yang kuat (*evidence based policy*) termasuk fortifikasi dan pemberian *multiple micronutrient*;

- Penguatan advokasi, komunikasi sosial dan perubahan perilaku hidup sehat terutama mendorong pemenuhan gizi seimbang berbasis konsumsi pangan (*food based approach*);
- Penguatan sistem surveilans gizi serta;
- Peningkatan komitmen dan pendampingan bagi daerah dalam intervensi perbaikan gizi dengan strategi sesuai kondisi setempat dan respons 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 Insidensi HIV (per 1000 Penduduk yang Tidak Terinfeksi HIV)

Definisi Operasional Insidensi HIV adalah Jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi selama periode waktu tertentu per 1.000 populasi tidak terinfeksi. Insiden HIV digunakan sebagai indikator dampak dalam menilai tren perubahan penambahan kasus baru dalam periode waktu tertentu.

Insiden HIV dipengaruhi oleh upaya pencegahan penularan dengan penggunaan alat pencegahan diantaranya penggunaan kondom pada hubungan seksual berisiko dan alat suntik steril khususnya pada pengguna narkoba suntik (penasun). Selain itu cakupan ODHIV (orang dengan HIV AIDS) terapi ARV dengan retensi yang baik akan mengurangi bahkan menghilangkan risiko penularan HIV dari ODHIV kepada pasangan atau anaknya.

Insiden HIV didapatkan melalui perhitungan yang dilakukan menggunakan alat bantu AEM (AIDS Epidemic Modelling) dan spektrum

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.

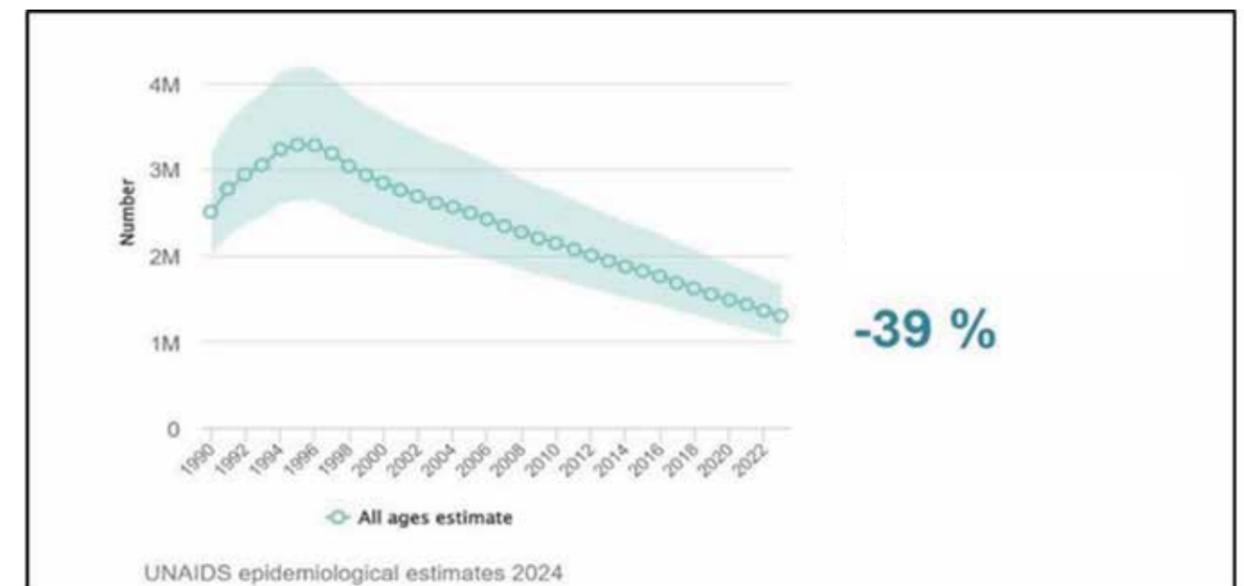
Karena membutuhkan data program sebagai salah satu sumber data, hasil perhitungan insiden HIV hanya menghasilkan

angka proyeksi pada tahun berjalan yang perlu dilakukan perhitungan ulang di tahun selanjutnya dengan melakukan pembaharuan perhitungan menggunakan data program tahun bersangkutan.

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 3.9**

**Estimasi Jumlah Infeksi Baru HIV Global**

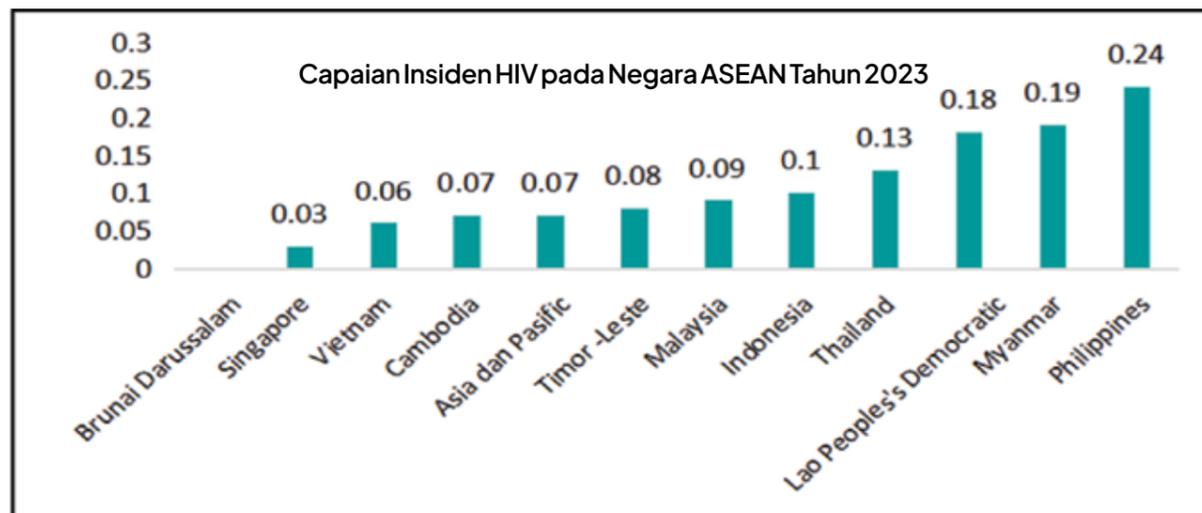


Sumber Data: UNAIDS Epidemiological Estimates 2024

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Penurunan infeksi baru di dunia ini sejalan dengan penurunan insiden 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 negara Kamboja, Malaysia, Timor Leste, dan Vietnam.

Grafik 3.10



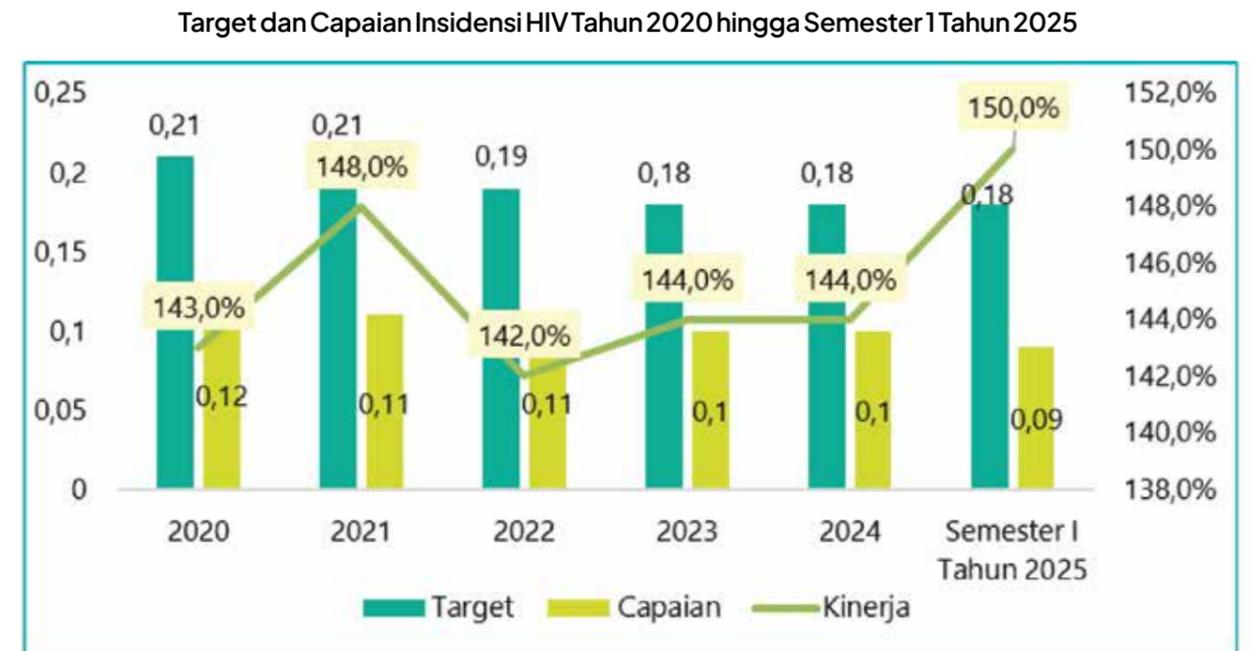
Sumber Data: UNAIDS, 2023 (\* Brunei Darussalam tidak melaporkan)

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 semester 1 tahun 2025 sebesar 0.09 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi

HIV. Bila dibandingkan dengan target tahun 2025, yakni sebesar 0.18 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV maka proyeksi capaian insidensi HIV semester I tahun 2025 telah melebihi target dengan capaian kinerja sebesar 150%. Target ini masih menggunakan target yang lama yakni target tahun 2024 sedangkan pada RIBK dan draf Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029 target insidensi

HIV terdapat perubahan menjadi 0.09 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV sehingga bila dibandingkan dengan target baru sebesar 0.09 maka dengan demikian capaiannya menjadi 100%. Tren insidensi HIV di Indonesia tahun 2020–Semester 1 tahun 2025 digambarkan sebagai berikut

Grafik 3.11



Sumber Data: AIDS Epidemic Model (AEM)

Dari grafik di atas menunjukkan target insidensi HIV telah tercapai sejak tahun 2020 sampai dengan Semester 1 Tahun 2025 dan terjadi penurunan insidensi HIV setiap tahunnya. Penurunan insiden 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 sejak tahun 2024, capaian ODHIV

onART telah mengalami peningkatan yang cukup baik dimana capaiannya telah melebihi target. Data bulan Mei 2025, capaian ODHIV on ART sebesar 68%. Peningkatan capaian ODHIV on ART ini sejalan dengan penerapan kebijakan *test and treat* yang dimulai sejak tahun 2018, yakni ODHIV dianjurkan untuk inisiasi pengobatan ARV sesegera mungkin yakni maksimal 7 hari dari hasil tes diketahui.

Kementerian Kesehatan berkomitmen mengakhiri endemi HIV pada tahun 2030 melalui upaya penanggulangan HIV-AIDS dengan percepatan 95–95–95, artinya mencapai target

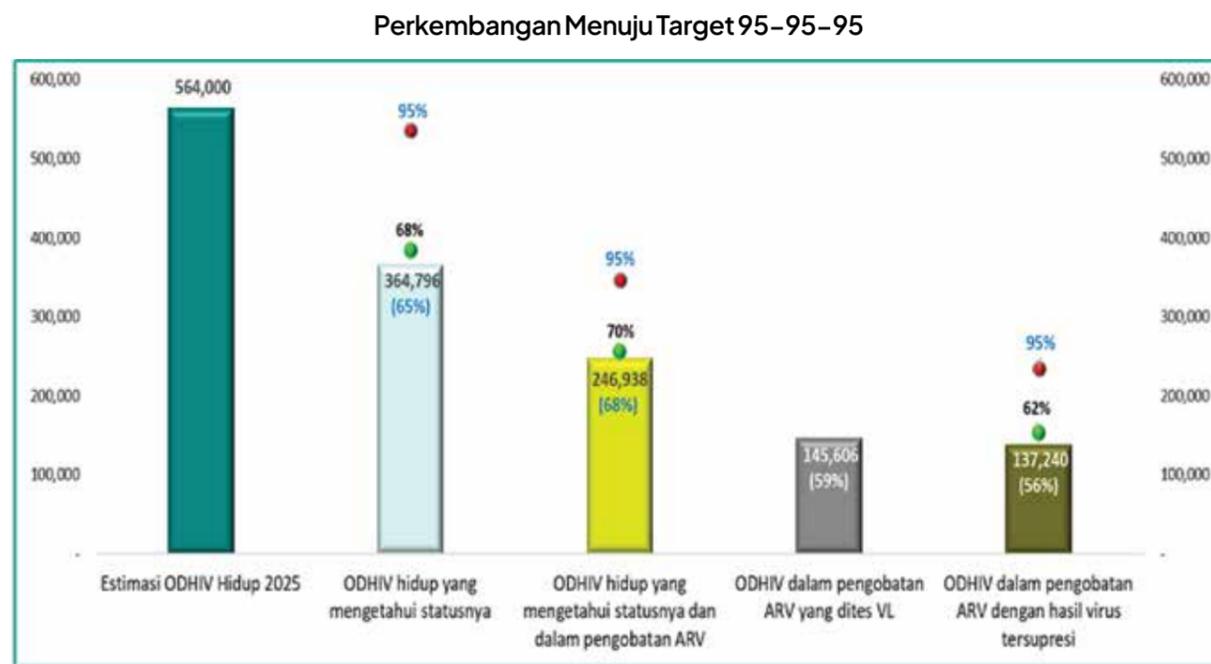
### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

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

hasil virusnya tersupresi sebanyak 137.240 (56%).

Bila dibandingkan dengan target nasional 2025 yaitu 68%-70%-62% sesuai dengan draft Rencana Aksi Nasional (RAN) HIV PIMS Tahun

Grafik 3.12



Sumber Data: SIHA, 6 Juni 2025

Grafik diatas menunjukkan estimasi ODHIV hidup pada tahun 2025 adalah sebanyak 564.000, ODHIV hidup dan mengetahui statusnya 364.796 (65%), ODHIV mengetahui status dan sedang mendapat pengobatan ARV sebanyak 246.938 (68%) dan ODHIV sedang dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan

2025-2030 maka masih terdapat tantangan dalam mencapai ketiga target tersebut. Dalam rangka akselerasi pencapaian target 95- 95-95 menuju eliminasi HIV AIDS pada tahun 2030. disusun 4 strategi operasional yakni:

Tabel 3.6

Strategi Operasional dan Intervensi Akselerasi Pencapaian Target 95- 95-95

Strategi Operasional	Intervensi
Penguatan populasi kunci, populasi khusus dan populasi rentan lainnya untuk mengakses layanan sesuai kebutuhan	<b>1. Pemberdayaan petugas/kader komunitas</b> Komunitas populasi kunci akan didorong untuk dapat mengisi kebutuhan sumberdaya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan primer, sehingga dapat ikut mempromosikan program P2HA dan IMS dan sekaligus mengintegrasikannya secara tidak langsung. Kegiatan dalam intervensi ini termasuk standarisasi kompetensi dalam melakukan penjangkauan dan pendampingan serta memberikan perlindungan hukum dalam melaksanakan kegiatannya.
	<b>2. Meningkatkan upaya pengkondisian lingkungan yang mendukung (Conducive Environment)</b> Intervensi ini dirancang sesuai dengan upaya penurunan dan peniadaan stigma dan diskriminasi populasi kunci dan ODHIV dalam mengakses layanan kesehatan maupun di masyarakat secara umum.
	<b>3. Meningkatkan intervensi pencegahan kombinasi (kondom; PDBN; Perubahan Perilaku; Tes dan konseling) yang terdiferensiasi</b> Intervensi yang berdasar pengertian bahwa upaya pencegahan harus diberikan secara kombinasi lebih dari 1 atau dua seperti kondom, PrEP, perubahan perilaku, pengurangan dampak buruk pada pengguna napsa suntik dsb. Harus dilakukan secara konsisten kepada semua populasi kunci, khusus dan rentan sesuai faktor risikonya.
	<b>4. Memperluas akses dan meningkatkan Upaya dan layanan skrining, tes dan pengobatan bagi populasi kunci, populasi khusus dan populasi rentan</b> Konfirmasi diagnosis sebagai tindak lanjut skrining HIV merupakan langkah penting. Dengan diagnosis yang sudah ditegakkan maka ODHIV akan segera didorong untuk mengakses pengobatan seumur hidupnya dengan kepatuhan tinggi sehingga virus didalam darah dapat tersupresi yang artinya risiko untuk menular ke pasangan menjadi sangat kecil (U=U - Undetectable means Untransmittable)

Strategi Operasional	Intervensi
Peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan HIV, AIDS dan IMS yang komprehensif berkelanjutan dan bermutu	<p><b>1. Mengoptimalkan upaya penemuan kasus HIV dan IMS dengan penyediaan layanan tes/diagnosis HIV yang bermutu dan terdiferensiasi.</b> Intervensi ini adalah merupakan upaya untuk meningkatkan jumlah ODHIV yang mengetahui statusnya</p>
	<p><b>2. Meningkatkan akses dan kualitas layanan Perawatan Dukungan dan Pengobatan (PDP) yang terdiferensiasi</b> Merupakan upaya untuk meningkatkan cakupan ODHIV yang mengkonsumsi ARV dengan kepatuhan tinggi sehingga virus tersupresi dan tidak menularkan lagi.</p>
	<p><b>3. Intensifikasi upaya pencegahan penularan HIV dan IMS di fasilitas pelayanan kesehatan.</b> Intervensi yang dilakukan untuk mencegah terjadinya penularan di fasilitas kesehatan.</p>
	<p><b>4. Meningkatkan Upaya Pencegahan Penularan HIV, hepatitis dan sifilis dari ibu ke bayinya (PPIA - triple eliminasi)</b> Intervensi untuk mencegah penularan infeksi HIV, hepatitis dan IMS dari ibu ke bayinya melalui koordinasi dan kolaborasi program HIV dengan program KIA</p>
	<p><b>5. Ketahanan Tanggap Darurat untuk program Penanggulangan HIV AIDS dan IMS</b> Sebagai bentuk kesiapsiagaan menghadapi krisis kesehatan, guna menjaga kesinambungan program pengobatan ODHIV, mengingat Indonesia merupakan negara yang rawan bencana. Kesiapsiagaan ini juga diperlukan untuk menghadapi kemungkinan terjadinya krisis kesehatan karena kondisi lainnya seperti dalam masa pandemi Covid19 yang lalu</p>
	<p><b>6. Intervensi/tambahan khusus untuk Papua/ daerah dengan epidemi yang lebih meluas</b> Wilayah di pulau dengan tingkat epidemi mulai meluas, memerlukan intervensi tambahan sesuai dengan kearifan lokal</p>

Strategi Operasional	Intervensi
Penguatan Komponen Sistem Kesehatan untuk Program Penanggulangan HIV AIDS dan IMS	<p><b>1. Pengembangan SDM Program Penanggulangan HIV ADIS dan IMS dengan dukungan TA dari Mitra</b> Intervensi terarah pada penataan data SDM terkait dengan rotasi SDM kesehatan yang tidak terhindarkan untuk menjaga kesinambungan program.</p>
	<p><b>2. Penguatan SDM untuk Pengelolaan Program Penanggulangan HIV AIDS dan IMS</b> Intervensi untuk penguatan SDM pengelola program di semua jenjang dari pusat hingga daerah termasuk tenaga kesehatan di komunitas, sejak dari penyediaan perangkat lunak dan peningkatan kapasitasnya</p>
	<p><b>3. Penguatan Tatakelola Informasi Strategis termasuk Surveilans</b> Intervensi yang meliputi kegiatan kegiatan pengumpulan/ pencatatan data dan informasi untuk keperluan program dengan berbagai cara, seperti surveilans pasif di fasyankes dengan menggunakan SIHA, sureveilans aktif yang terstandar.</p>
	<p><b>4. Penguatan Tata Kelola Program dengan Memanfaatkan Data dan Informasi yang Dihasilkan dari Sistem Informasi Secara Berkelanjutan melalui Pemantauan, Evaluasi dan Tindak Lanjut</b> Intervensi untuk meningkatkan pemanfaatan data dan informasi dari sistem yang ada dalam memutuskan tindak lanjut.</p>
	<p><b>5. Penguatan Tata Kelola Rantai Pasokan Obat dan Non-obat yang Berkualitas</b> Intervensi untuk menjaga kesinambungan pasokan dan menghindari kekosongan demi kelancaran pemberian layanan</p>
	<p><b>6. Standarisasi dan Pemantauan Kualitas Layanan terkait HIV AIDS dan IMS di Fasyankes</b> Intervensi untuk menjaga kualitas layanan</p>
	<p><b>7. Penguatan Sistem Komunitas</b> Intervensi untuk meningkatkan keterlibatan komunitas secara berkualitas.</p>

Meskipun insidensi HIV Semester 1 tahun 2025 telah tercapai, namun jika dilihat berdasarkan capaian 95-95-95 sampai dengan Mei 2025 masih ditemukan beberapa permasalahan utama dan tindak lanjut untuk menyelesaikan masalah yakni:

Tabel 3.7

Tantangan dan Upaya Tindak Lanjut Program HIV AIDS dan PIMS

No	Permasalahan Utama	Penyebab	Upaya Tindak Lanjut
1.	Sebanyak 30% ODHIV hidup belum mengetahui statusnya	a. Sebanyak 22 Kab/Kota Belum mencapai target tes estimasi ODHIV b. Capaian tes pada pasangan ODHIV belum mencapai target baru sebanyak 3.028 pasangan ODHIV yang di tes HIV c. Capaian Skrining HIV pada pasien TBC baru mencapai 57,4%	a. Skrining dan testing melalui kolaborasi public private community partnership (PPCP). b. OJT Percepatan Penemuan Kasus Melalui Strategi Pendekatan NPA di 4 Kab/Kota c. Kolaborasi TBC HIV untuk One Stop Service (OSS)
2.	Sebanyak 27% ODHIV hidup tahu status tidak dalam pengobatan ARV	a. Pengetahuan ODHIV untuk tes VL masih kurang b. Terdapat 41% ODHIV dalam pengobatan yang tidak tes VL	a. Melakukan koordinasi dengan Provinsi/Kab/Kota dalam melakukan monitoring VL pada ODHIV b. Melakukan koordinasi dengan tim PDP/komunitas untuk kepatuhan dan ketersediaan obat ARV bagi ODHIV terutama bagi ODHIV yang jauh dan opsi penggantian rejimen

### 3.1.7 Insidensi Tuberkulosis (per 100.000 penduduk) (Indikator pada PK 2025 dan bukan Indikator pada rancangan Renstra 2025-2029)

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di dunia, dengan lebih dari 10 juta orang terjangkit penyakit ini setiap tahunnya, namun demikian TBC merupakan penyakit yang dapat dicegah dan diobati. Pada tahun 2023, TBC 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 *Global TB Report* tahun 2024, diperkirakan lebih dari 10 juta orang di dunia terinfeksi tuberkulosis dan jumlahnya sudah melambat dan mulai stabil. Pada tahun 2023, jumlah total kasus insiden TBC 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 TBC secara global antara tahun 2022 dan 2023 mencerminkan pertumbuhan populasi. Angka insiden TBC global 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 TBC berada di 30 negara dengan beban TBC tinggi, yang mencakup 87% dari total kasus 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 TBC adalah laki-laki, 33% adalah perempuan dan 12% adalah anak-anak dan remaja muda. Di antara semua kasus TBC insiden,

6,1% terjadi pada orang yang hidup dengan HIV.

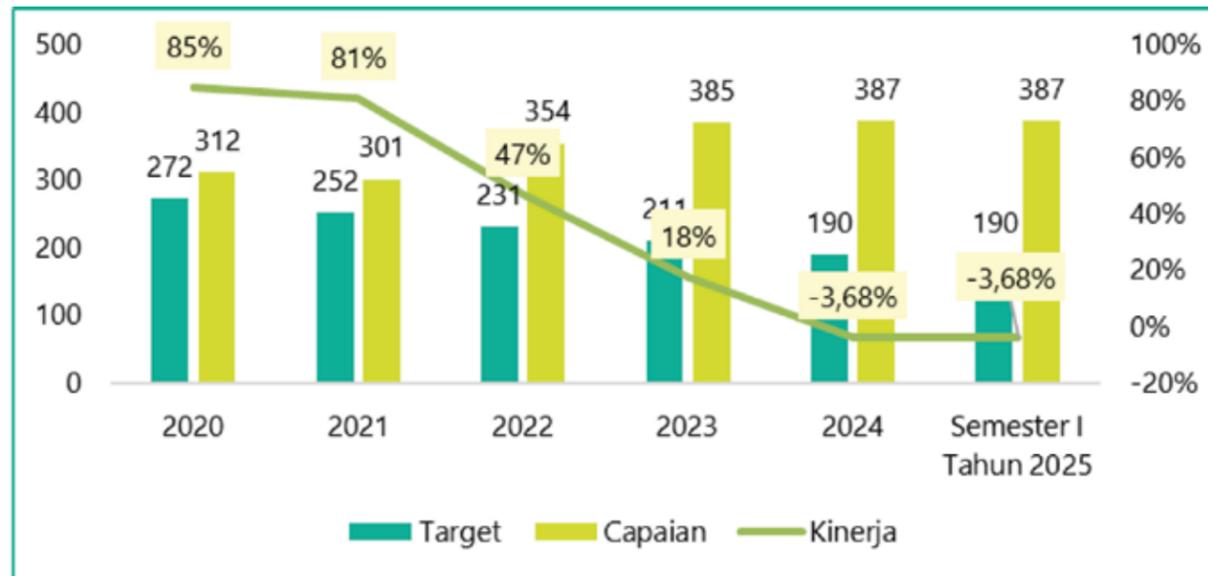
Estimasi insidensi TBC Indonesia tahun 2023 sebesar 1.090.000 atau 387 per 100.000 penduduk; TBC-HIV sebesar 25.000 kasus per tahun atau 8,8 per 100.000 penduduk. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 125.000 atau 44 per 100.000 penduduk dan kematian TBC-HIV sebesar 6.200 atau 2,2 per 100.000 penduduk.

Insidensi TBC tidak diperoleh dari laporan melainkan dari survei, yakni survei prevalensi TBC dan inventori studi, kemudian dilakukan pemodelan matematik. Perhitungan insidensi TBC dilakukan oleh WHO dan diumumkan pada triwulan IV setiap tahunnya sebagaimana tertuang pada *Global Tuberculosis Report (GTR)* tahun berikutnya sehingga capaian tahun ini adalah capaian insidensi TBC tahun sebelumnya. Insidensi Tahun 2024 menunjukkan insidensi TBC pada tahun 2023.

Rumus perhitungan Insidensi TBC adalah jumlah semua kasus TBC pada waktu tertentu dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang sama kemudian dikali 100.000. *Global TB Report* tahun 2025 akan dipublish sekitar Bulan Oktober 2025 sehingga capaian insidensi TBC saat ini berdasarkan *Global TB Report tahun 2024* sebesar 387 per 100.000 dengan target insidensi TBC tahun 2025 senilai 190 per 100.000 penduduk.

Grafik 3.13

Target dan Capaian Insidensi TBC di Indonesia Tahun 2020 hingga Semester I Tahun 2025



Grafik diatas menunjukkan tren insidensi TBC 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 TBC meningkat menjadi 354 per 100.000 penduduk pada tahun 2022, kemudian meningkat lagi pada tahun 2023 menjadi 385 per 100.000 penduduk, dan angka ini telah melampaui insidensi TBC pada tahun 2000.

Pada tahun 2024, insidensi TBC meningkat menjadi 387 per 100.000 penduduk. Capaian tahun 2024 ini menjadi capaian Semester I Tahun 2025 karena *Global TB Report* tahun 2025 akan dikeluarkan pada Oktober 2025.

Meningkatnya insidensi TBC ini bukan saja menunjukkan tidak tercapainya target tapi juga menunjukkan semakin banyaknya kasus TBC di masyarakat sehingga perlu dilakukan kegiatan penemuan dan pengobatan kasus yang bersifat aktif dan masif. 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 3.13 di atas menunjukkan bahwa tren capaian insidensi TBC selama tahun 2020-2024 tidak tercapai karena insidensi TBC yang ditargetkan untuk turun tetapi mengalami kenaikan angka insidensi.

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

Tabel diatas 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, pada tahun 2020, Indonesia mengalami penurunan angka insidensi yang cukup bermakna, sementara Tiongkok mengalami kenaikan insidensi TBC sehingga kembali menempati urutan kedua negara dengan beban TBC tertinggi. Tahun 2021, India dan Indonesia mengalami kenaikan insidensi TBC sedangkan Tiongkok mengalami penurunan sehingga peringkat Indonesia

Tabel 3.8

Perbandingan Penurunan Insidensi 3 Negara Beban TBC Tertinggi

No	Negara	Insidensi	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1.	India	Absolute	2,8jt	2,7jt	2,7jt	2,64jt	2,6jt	3jt	2,8jt	2,8jt
		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	890rb	884rb	866rb	833rb	842rb	780rb	748rb	741rb
		rate	63	62	61	58	60	55	52	52
		% penurunan	0.92	0.93	0.94	1.27	3.53	(-17,6)	(-8,76)	19%
3.	Indonesia	Absolute	843rb	884rb	845rb	845rb	824rb	969rb	1,060jt	1,090jt
		rate	322	319	316	312	301	354	385	387
		% penurunan	0.92	0.93	0.94	1.27	3.53	(-17,6)	(-8,76)	19%

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

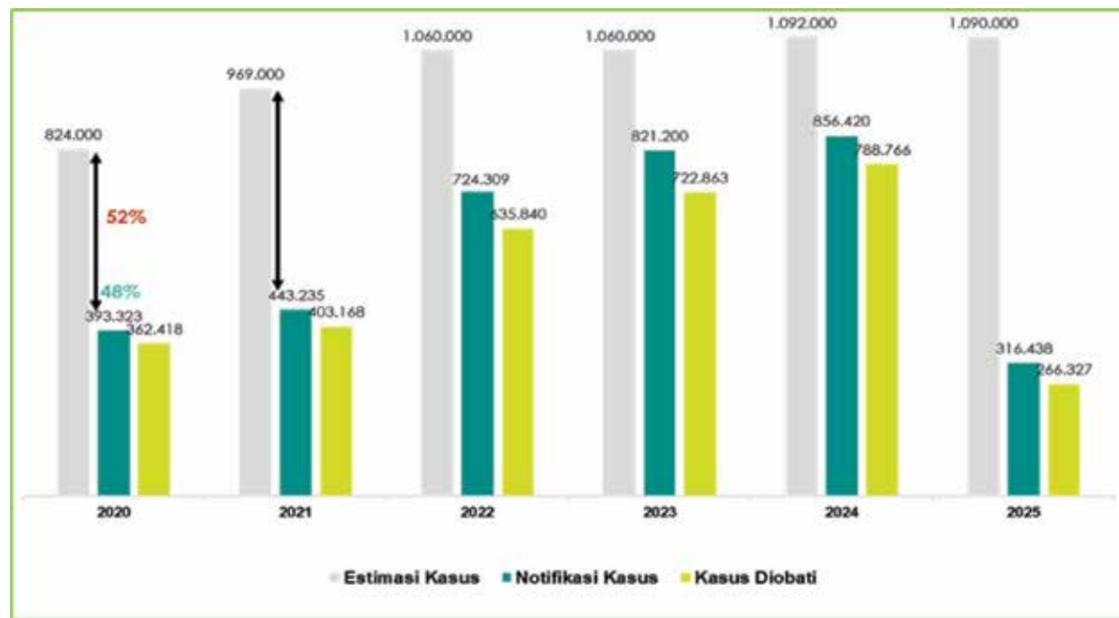
menjadi kedua setelah India, sedangkan tahun 2022, insidensi di Indonesia masih mengalami kenaikan sementara di India dan Tiongkok sudah mengalami penurunan. Tanda negatif pada persentase penurunan menunjukkan bahwa yang terjadi bukan penurunan, tetapi kenaikan.

yang belum terjangkau, belum terdeteksi maupun tidak dilaporkan. Diharapkan pada akhir tahun 2025, jumlah kasus TBC yang ditemukan akan mencapai minimal target 981.000 kasus (90%).

Insidensi tuberkulosis merupakan

Grafik 3.14

Notifikasi Kasus TBC Semester I Tahun 2025



**Catatan:**  
 • Estimasi kasus berdasarkan Global TB Report  
 • 2024 – Data oleh Kemenkes: final per 17 Maret 2025  
 • 2025 – Data oleh SIB per 2 Juni 2025

Grafik di atas menunjukkan capaian penemuan kasus TBC sampai dengan semester I tahun 2025 baru mencapai 29% (316.438 kasus) dari estimasi 1.090.000 kasus yang harus ditemukan dalam satu tahun atau masih terdapat 71% kasus TBC yang belum ternotifikasi, baik

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

- Deteksi kasus TBC yang belum optimal karena pelaksanaan skrining TBC pada populasi

risiko tinggi belum optimal, pelaksanaan investigasi kontak belum berjalan di seluruh wilayah.

- Adanya pasien TBC yang sudah didiagnosis TBC tetapi tidak melakukan pengobatan TBC.
- Masih ada pasien TBC yang tidak berobat teratur karena efek samping sehingga akan menyebabkan *loss to follow up* pengobatan gagal pengobatan.
- Pemberian terapi pencegahan tuberkulosis pada kontak serumah pasien TBC masih rendah salah satunya adanya ketidaktahuan manfaat TP penolakan dari keluarga untuk meminim TPT dan kekhawatiran efek samping.
- Masih adanya pasien TBC yang mengalami diskriminasi di masyarakat atau tempat kerja, yang menyebabkan enggan mencari pengobatan.
- Adanya beberapa daerah dengan kondisi geografis yang sulit sehingga sebagian masyarakat memiliki akses yang terbatas untuk menjangkau pelayanan fasilitas kesehatan dalam pelayanan TBC.
- Masih adanya *under reporting* dari fasilitas pelayanan kesehatan dalam melaporkan data TBC

Untuk mengatasi kendala dan permasalahan dilakukan strategi pemecahan masalah antaralain:

- Meningkatkan kegiatan *Active Case Finding* TBC menggunakan X-Ray dengan sasaran populasi berisiko tinggi (kontak serumah, kontak erat, ODHIV, penyandang DM, orang kurang gizi dan perokok aktif) dan lapas rutandiseluruhIndonesia.
- Meningkatkan investigasi kontak terintegrasi TPT dengan melibatkan kader/komunitas dan stakeholder maupun lintas sektor.
- Ekspansi dan penguatan jejaring akses tes cepat molekuler (TCM) untuk penegakan diagnosis TBC.
- Meningkatkan koordinasi dengan komunitas dalam pendampingan pasien TBC dan melakukan kontak tracing pasien TBC yang mangkir agar bersedia melanjutkan pengobatan.
- Upaya mengurangi stigma tentang TBC yang ada melalui kampanye TB bersama masyarakat dan multisektor pada Hari Tuberkulosis Sedunia & Hari Kesehatan Nasional serta media sosial dan tokoh masyarakat.
- Melakukan Workshop Komunikasi Motivasi Organisasi Penyintas Tuberkulosis.

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

- Pendekatan berbasis komunitas dalam program TBC yang bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan menanggulangi TBC secara aktif di tingkat desa melalui desasiaga TBC.
- Membuat dan menyampaikan umpan balik capaian program TBC kepada daerah sebagai informasi pencapaian kinerja untuk dapat meningkatkan perhatian dan dukungan terhadap program TBC

Komitmen global dalam mengakhiri TBC dituangkan dalam *End TB Strategy*, menargetkan 2 hal yaitu penurunan insidensi tuberkulosis 80% pada tahun 2030 dan penurunan angka kematian akibat tuberkulosis hingga 90% pada tahun 2030.

Kementerian Kesehatan RI 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 TBC turun menjadi 6 per 100.000 penduduk. Hal ini akan dicapai dengan beberapa upaya antara lain yakni meningkatkan cakupan penemuan dan inisiasi pengobatan TBC  $\geq 90\%$ , angka keberhasilan pengobatan TBC sebesar  $\geq 90\%$ , Terapi Pencegahan TBC (TPT)  $\geq 80\%$ .

Upaya menuju Eliminasi Tuberkulosis 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 6 strategi, yakni:

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

Langkah-langkah strategis yang lebih spesifik untuk mencapai target indikator Insidensi TBC yang dilaksanakan pada periode jangka menengah berikutnya dijelaskan dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.9

#### Permasalahan TBC dan Tindak Lanjut

No	Permasalahan Utama	Penyebab	Strategi
1.	<b>Sebanyak ± 133 ribu kasus under reporting yakni 72.2% RS, 19.4% PKM dan 8.4% klinik swasta dan DPM</b>	a. Di RS, SDM terbatas sedangkan beban kerja tinggi, turnover petugas tinggi, belum terhubung SITB terutama swasta. b. Di PKM, SDM terbatas sedangkan beban kerja tinggi, turnover petugas yang tinggi, kendala jaringan. c. Pada klinik swasta dan DPM, belum terhubung SITB, SDM belum paham untuk pelaporan.	a. Integrasi sistem informasi TB dengan E-claim (Jan 2025), RS (Maret 2025) dan Lab (April 2025) b. PADK berkoordinasi dengan BPJS untuk integrasi data Pcare dengan RME dan hasilnya dikirim BPJS sebulan sekali. c. Penggunaan kode ICD lainnya untuk menjangkit kasus TB lebih banyak lagi d. Pemberian SKP pada named dan nakes untuk notifikasi kasus e. SE tentang pengentasan TB: kewajiban pelaporan kasus maksimal 7 hari (pertengahan Januari 2025) 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)
2.	<b>Sebanyak +463 ribu pasien (+) TB datang ke klinik swasta dan tidak terdiagnosis</b>	a. Mayoritas klinik langsung merujuk terduga TB b. Keterbatasan PPI, BMHP, dan sarpras klinik	a. Surat Edaran Puskesmas memperluas MoU dengan klinik di wilayahnya (W2 Januari 2025) b. Sistem kontrak untuk transportasi spesimen (Mei 2025) c. Peluang Pluslife (hasil riset UNPAD Februari 2025)
3.	<b>Sebanyak +1,69 juta pasien terduga TB tidak diperiksa TCM (72% PKM, 26% RS), Potensi 112 rb (+) TB</b>	a. Keterbatasan sebaran TCM (saat ini 2.407 TCM tersebar di 2.159 faskes, RAN TB tahun 2025: sebaran minimal di 2.588 faskes) b. Keterbatasan transportasi spesimen c. Belum ada mekanisme untuk memastikan pasien datang ke laboratorium setelah dirujuk untuk pemeriksaan TB	a. Revisi SE open PCR untuk seluruh reagen ber-NIE <a href="https://bit.ly/SEOpenPCR">https://bit.ly/SEOpenPCR</a> b. Pemberian TCM pada faskes swasta terbaik

No	Permasalahan Utama	Penyebab	Strategi
4.	Sebanyak 1,9 juta pasien terduga TB dengan TCM (-) di FKTP tidak diperiksa rontgen (98% PKM, 2% klinik swasta)	a. Pemeriksaan rontgen tidak masuk ke biaya kapitasi BPJS untuk FKTP	a. ACF dengan Xray (Quick Win, GF, UEA) b. Hasil koordinasi dengan Kepala PADK BKPK. Sambil menunggu proses dengan BPJS untuk tarif non kapitasi X-ray, menggunakan dana quick win
5.	Sebanyak 94 ribu pasien TBSO tidak memulai terapi (67% dinotifikasi oleh RS, 30% Pkm)	a. Pengetahuan nakes terkait pengobatan TB masih kurang b. SDM kurang c. Puskesmas hanya memantau kasus di faskesnya	a. Pemberian SKP bagi nakes dan named untuk kasus berhasil pengobatan b. Pemberian insentif faskes untuk kasus berhasil pengobatan (FKTP pemerintah 200.000/pasien; FKTP swasta 250.000/pasien)
6.	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%).	a. Akses monitoring Puskesmas di sistem informasi TB terhadap seluruh kasus di wilayahnya (W2 Januari 2025) b. Perluasan dukungan komunitas: Penambahan 285 kab/kota (Februari 2025) c. Perluasan akses e-learning TB di LMS Plataran Sehat untuk nakes (bekerja sama dengan USAID) (April 2025) d. Pemberian sertifikat tanda tangan Menkes bagi pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan. e. E-warning bagi pasien & fasyankes
7.	Cakupan TPT tahun 2023 yakni 2,3% 2024 (hingga November): 14,5% (target 50%)	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%) b. Lesson learn Kemenkes dan Penabulu: c. Pasien tidak kembali untuk dicek hasil tuberkulinnya d. Pasien dan nakes ingin mendapatkan obat 3HP (diminum satu kali seminggu selama 3 bulan) padahal jumlah terbatas e. Penolakan kontak TPT oleh masyarakat yang eligible TPT	a. Revisi juknis TPT kontak serumah tanpa tes tuberkulin bila TB aktif (-), (W2 Januari 2025) b. Integrasi pemberian TPT dengan ACF Januari-Desember 2025 (Dana GF, APBN, UEA)

### 3.1.8 Kabupaten/Kota yang Mencapai Eliminasi Malaria

Definisi Operasional Indikator eliminasi malaria adalah suatu kabupaten/kota yang telah memenuhi kriteria eliminasi malaria sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 22 Tahun 2022 tentang Penanggulangan Malaria. Kabupaten/kota tersebut selama tiga tahun terakhir memenuhi kriteria utama, yaitu:

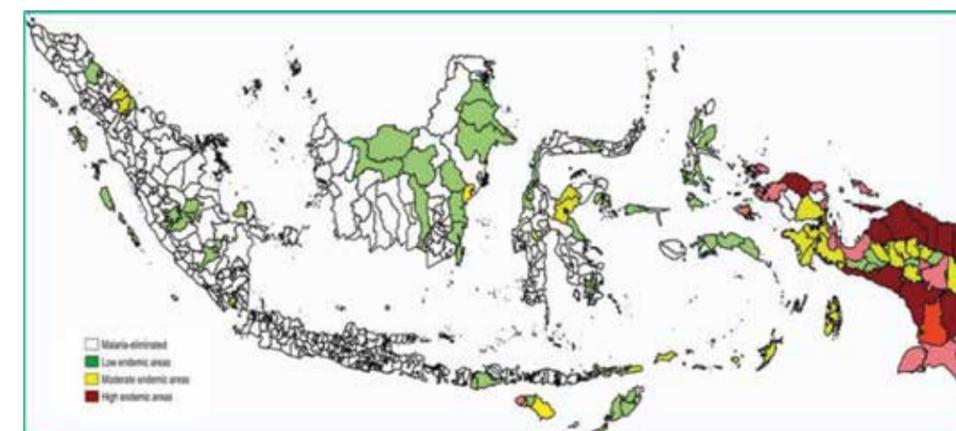
- a. *Annual Parasite Incidence (API)* kurang dari satu per seribu penduduk (< 1 per 1000 penduduk).
- b. *Positivity Rate (PR)* kurang dari lima persen (< 5%)
- c. Tidak ada kasus penularan malaria setempat (kasus *indigenous*).

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 3.2

Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Semester I Tahun 2025



Sumber Data:  
Laporan Tim Kerja  
Malaria, 2025

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

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

Tabel 3.10

Endemisitas Malaria Semester I Tahun 2025

No	Endemisitas	Penduduk Semester I 2025		Kab/Kota	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Eliminasi (Bebas Malaria)	256,084,995	91%	407	78%
2.	Endemis Rendah (API < 1‰)	15,437,731	5%	54	12%
3.	Endemis Sedang (API 1 - 5 ‰)	5,572,401	2%	23	4%
4.	Endemis Tinggi (API > 5 ‰)	4,508,672	2%	514	100%
	<b>Total</b>	<b>281,603,799</b>	<b>100%</b>	<b>514</b>	<b>100%</b>

Sumber Data: Laporan Tim Kerja Malaria, Juni 2025

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa 91% penduduk Indonesia telah hidup di daerah bebas malaria. Adapun sekitar 9% 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 407 kabupaten/kota dari target yang ditentukan sebesar 405 kabupaten/kota dengan pencapaian kinerja sebesar 99%. Tabel dibawah ini menunjukkan jumlah kabupaten/kota eliminasi malaria perprovinsi sebagai berikut:

Tabel 3.11

Jumlah Kabupaten/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai Semester I Tahun 2025

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

No	Provinsi	Jumlah Kab/ Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	Persentase Kab/Kota Eliminasi	Jumlah Kab/ Kota yang Belum 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	23	100%	0
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 Belitung	7	6	86%	1
17.	Kalimantan Tengah	14	12	86%	2
18.	Gorontalo	6	5	83%	1
19.	Sulawesi Barat	6	5	83%	1
20.	Kalimantan Selatan	13	12	92%	1
21.	Sumatera Utara	33	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

**BAB III**  
**AKUNTABILITAS KINERJA**

No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	Persentase Kab/Kota Eliminasi	Jumlah Kab/Kota yang Belum Eliminasi
26	Nusa Tenggara Barat	10	8	80%	2
27	Kalimantan Utara	5	4	80%	1
28	Maluku Utara	10	6	60%	4
29	Kalimantan Timur	10	5	50%	5
30	Sulawesi Tengah	13	8	62%	5
31	Nusa Tenggara Timur	22	9	41%	13
32	Maluku	11	4	57%	7
33	Papua	9	0	0%	9
34	Papua Tengah	8	0	0%	8
35	Papua Selatan	4	0	0%	4
36	Papua Pegunungan	8	0	0%	8
37	Papua Barat	7	1	14%	6
38	Papua Barat Daya	6	2	33%	4
	<b>INDONESIA</b>	<b>514</b>	<b>407</b>	<b>79%</b>	<b>106</b>

Sumber Data: Laporan Tim Kerja Malaria, Juni 2025

Tabel di atas menunjukkan, sebanyak 79% kabupaten/kota di Indonesia telah mencapai eliminasi malaria. Terdapat tiga kabupaten/kota di tanah Papua yang telah berhasil mencapai eliminasi malaria yaitu Kabupaten Sorong Selatan, Provinsi Papua Barat Daya tahun 2022; Kabupaten Pegunungan Arfak, Provinsi Papua Barat tahun 2024; dan terbaru Kabupaten Maybrat, Provinsi Papua Barat Daya yang

mendapatkan sertifikat eliminasi malaria pada tahun 2025.

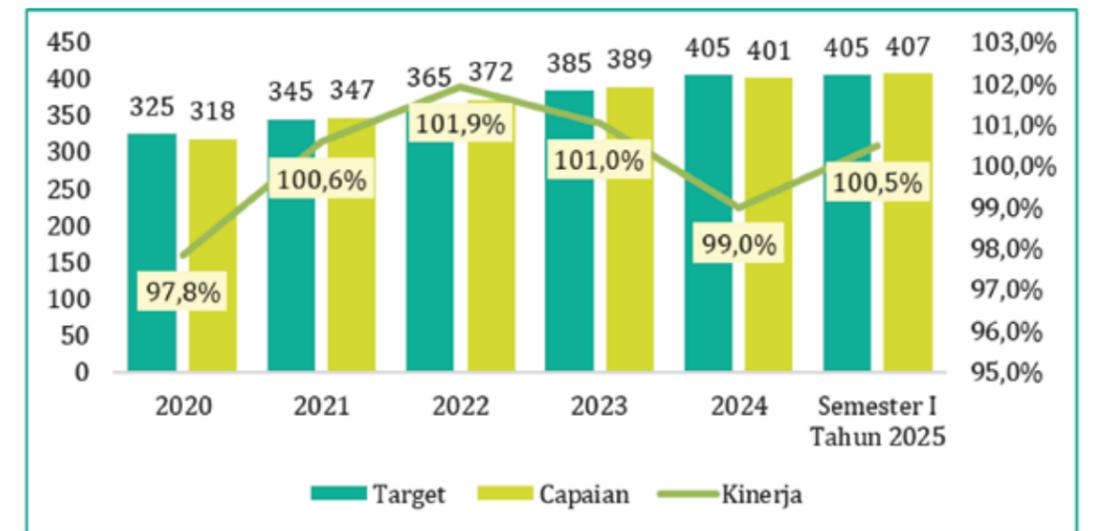
Terdapat 10 provinsi dengan seluruh kabupaten/kotanya (100%) telah eliminasi malaria yakni Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, Bali, Riau, Bengkulu, Sumatera Selatan dan Aceh. Namun, baru lima Provinsi (Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Banten, dan Bali) yang telah

mendapat sertifikat eliminasi malaria tingkat provinsi. Tren capaian eliminasi malaria dapat digambarkan pada grafik di bawah ini:

kota berasal dari enam provinsi, yaitu Provinsi Aceh (1 kabupaten), Kalimantan Selatan (1 kabupaten), Kalimantan Utara (1 Kabupaten),

**Grafik 3.15**

**Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia Tahun 2020 – Semester I Tahun 2025**



Grafik di atas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan capaian realisasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi dalam kurun waktu tahun 2020 sampai dengan Juni tahun 2025. Secara nasional untuk target kumulatif tahun 2025 sebanyak 405 kabupaten/kota, tapi capaian sampai Juni tahun 2025 sebanyak 407 kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dengan capaian kinerja 100,5%.

Penambahan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria sampai Juni tahun 2025 terdapat penambahan enam kabupaten/

Nusa Tenggara Barat (1 Kabupaten), Maluku (1 Kabupaten) dan Papua Barat Daya (1 Kabupaten). Diproyeksikan sebesar 415 Kabupaten/Kota dapat mencapai eliminasi malaria sampai akhir tahun 2025. Namun, target proyeksi ini masih dibawah target usulan teknokratik RPJMN 2025–2029 di mana tahun 2025 ditargetkan 425 kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria.

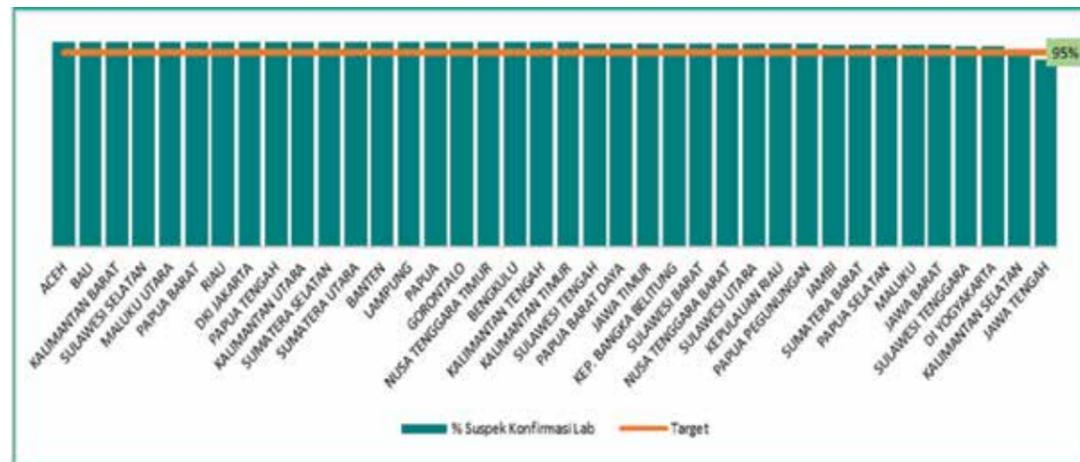
Untuk mencapai target eliminasi malaria, perlu didukung oleh beberapa indikator komposit, yaitu persentase konfirmasi pemeriksaan sediaan darah dan persentase

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

pengobatan standar. 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

Grafik 3.16

Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah Semester I Tahun 2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, Juni 2025

persentase konfirmasi pemeriksaan sediaan darah adalah sebagai berikut.

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa 37 provinsi di Indonesia (97%) telah mencapai target nasional dalam konfirmasi laboratorium terhadap suspek malaria hanya satu provinsi yaitu Jawa Tengah yang tidak mencapai target. Target nasional adalah 95% dengan capaian sampai Juni tahun 2025 sebesar 99,5% dengan jumlah suspek hingga laporan ini dibuat tercatat sebanyak 1,875,621 dan yang

telah diperiksa laboratorium sebanyak 1,867,651 orang.

Pemberian terapi pengobatan pada pasien malaria saat ini telah diatur sesuai Kepmenkes No. 556 Tahun 2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Malaria,

di mana pasien positif malaria (berdasarkan pemeriksaan laboratorium) diobati dengan menggunakan ACT (*Artemisinin based Combination Therapy*) 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

Grafik 3.17

Persentase Pengobatan Standar Semester I Tahun 2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, Juni 2025

positif yang diobati sesuai standar ACT sebagai berikut:

Dari grafik di atas tercatat dari 38 Provinsi, baru enam Provinsi yang memenuhi target pengobatan standar nasional yaitu Sumatera Selatan, Aceh, Gorontalo, Maluku Utara, Riau, dan Banten. Target capaian pengobatan standar ACT yaitu sebesar 95% sementara capaian sampai Juni tahun 2025 yaitu sebesar 84% dengan jumlah positif malaria sebanyak 260,733 orang dan jumlah yang diobati dengan pengobatan standar sebanyak 218,415. Berdasarkan hal tersebut, capaian indikator persentase pasien malaria positif yang diobati sesuai standar sampai Juni tahun 2025 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).
- Penegakan diagnosa tersebut harus berkualitas dan bermutu sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dan memberikan data yang tepat dan akurat. Berbagai kegiatan dalam rangka meningkatkan mutu diagnosis terus dilakukan. Kualitas pemeriksaan sediaan darah dipantau melalui mekanisme uji silang di tingkat kab/kota, provinsi, dan pusat.

- Kualitas pelayanan laboratorium malaria sangat diperlukan dalam menegakan diagnosis dan sangat tergantung pada kompetensi dan kinerja petugas laboratorium di setiap jenjang fasilitas pelayanan kesehatan. Penguatan laboratorium pemeriksaan malaria yang berkualitas dilakukan melalui pengembangan jejaring dan pematapan 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 Juni tahun 2025, antara lain:

- a. On The Job Training (OJT) Mikroskopis Malaria.
- b. Pelatihan Penyegaran Mikroskopis Malaria bagi Tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM).
- c. Pelatihan penyegaran mikroskopis bagi ATLM di Kabupaten/Kota di Provinsi Papua.

## 2. Tata Laksana Kasus Malaria

- Kementerian Kesehatan telah merekomendasikan pengobatan malaria menggunakan

obat pilihan yaitu kombinasi *derivate artemisinin* dengan obat anti malaria lainnya yang biasa disebut dengan *Artemisinin based Combination Therapy* (ACT). ACT merupakan obat yang paling efektif untuk membunuh parasit sedangkan obat lainnya seperti klorokuin telah resisten.

- Pada tahun 2019 telah ditetapkan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Malaria dalam bentuk Keputusan Menkes RI Nomor HK.01.07/Menkes/556/2019. Berdasarkan Kepmenkes tersebut juga diterbitkan buku pedoman tatalaksana kasus malaria sesuai dengan perkembangan terkini dan hasil riset mutakhir. Adapun penggunaan ACT harus berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, sebagai salah satu upaya mencegah terjadinya resistensi obat.

- Selain penggunaan OAM yang rasional, salah satu pilar untuk mencapai eliminasi malaria adalah menjamin universal akses dalam pencegahan, diagnosis dan pengobatan, sehingga diperlukan keterlibatan semua sektor terkait termasuk swasta (public private mix partnership). Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kualitas tatalaksana malaria sampai Juni tahun 2025 yaitu:

- a. Monitoring dan Evaluasi Kegiatan Tatalaksana Malaria, PPM (Public Private Mix) dan Jejaring Layanan Malaria di Rumah Sakit Tingkat Provinsi Jawa Barat.
- b. Supervisi dalam Rangka Pertemuan Penguatan Pengobatan Tatalaksana 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 pada Tahun 2022. Untuk memudahkan interoperabilitas data dengan data yang lainnya maka sejak tahun 2021, SISMAL V3 sudah mulai dikembangkan dan di tahun 2022 dilakukan sosialisasi awal SISMAL V3. Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan surveilans, sistem informasi dan monitoring dan evaluasi malaria:

- a. Validasi data Final tahun 2024.
- b. Supervisi dalam Rangka Validasi Data Pencatatan Pelaporan SISMAL V.3 (Februari-Maret 2025).
- c. Supervisi dalam Rangka Pelatihan Teknik Analisis Spasial Untuk Penyakit Infeksi Menggunakan R(24-26 Februari 2025).
- d. Pendampingan Penanggulangan Bencana Non Alam KLB Malaria Gorontalo (2-8 Maret 2025).
- e. Supervisi dalam Rangka Monev dan Validasi Data Malaria Plasmodium Knowlesi dan Penjaminan Mutu Pemeriksaan Laboratorium Plasmodium Knowlesi (14-17 Mei 2025).
- f. Pendampingan Advokasi dalam Penanganan KLB Malaria (31 Mei - 5 Juni 2025).

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

#### 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 terkenabencana.

- Beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan pengendalian vektor malaria yakni kegiatan Surveilans Pengendalian Faktor Resiko Malaria dan Pemetaan Daerah Reseptif Malaria.

#### 5. Promosi, Advokasi dan Kemitraan dalam Upaya Pengendalian Malaria

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

- a. Rapat Core Team Koordinasi Persiapan Malaria Summit APLMA.
- b. Bimbingan Virtual Eliminasi Malaria pada Kabupaten/Kota dalam rangka percepatan Eliminasi Malaria (Februari-Juni 2025).
- c. Workshop Keberhasilan Kabupaten/Kota dalam Menanggulangi Kasus Malaria pada Populasi Khusus/ Mobile Migrant Population (MMP) (10 Maret 2025).
- d. Asesmen Penilaian Eliminasi Malaria di Kabupaten/Kota Potensial Eliminasi Malaria (Maret-Mei 2025).
- e. Sidang Pasca-Penilaian Eliminasi Malaria (22-23 Mei 2025).
- f. Indonesia and Timor-Leste Joint Capacity Building Workshop on Malaria and Lymphatic Filariasis Elimination Program in Timor Island (11-15 Februari 2025).
- g. Supervisi dalam Rangka Mikroplanning Percepatan Eliminasi Malaria di Tanah Papua Regional Papua.
- h. Malaria Summit APLMA (Asia Pacific Leaders Summit on Malaria Elimination) tanggal 16-17 Juni di Bali.

#### 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.

- Dalam melaksanakan program dan kegiatan untuk mencapai eliminasi malaria di Indonesia, ditemukan permasalahan yang menjadi penghambat dalam pencapaian target, yaitu:
  - Efisiensi Anggaran APBN untuk kegiatan prioritas dalam mendukung percepatan eliminasi malaria.
  - Penangguhan kegiatan hibah Global Fund sehingga sebagian kegiatan yang sudah direncanakan tidak dapat terimplementasikan di tahun 2025.
  - Sebanyak 70% dari 50 kabupaten/kota stagnan mencapai eliminasi malaria adalah masih ditemukannya kantong-kantong penularan terutama pada populasi khusus seperti perambah hutan, penambang, dan masyarakat adat terpencil menjadi salah satu akar permasalahan.

- Munculnya kembali kasus indigenous di 11 kabupaten/Kota yang sudah eliminasi malaria seperti Aceh Singkil, Serdang Bedagai, Rokan Hilir, Indragiri Hilir, Kota Batam, Tanjung Pinang, Minahasa, Pohuwato, Boalemo, Kota Poso, dan Parigi Moutong.
- Terbatasnya komitmen pemerintah daerah baik kebijakan maupun pembiayaan di daerah yang sudah eliminasi bahkan tidak ada sehingga kegiatan surveilans/program malaria tidak berjalan.
- Kegiatan penemuan aktif seperti surveilans migrasi malaria dan Penyelidikan epidemiologi di daerah dengan API < 1 per 1000 penduduk kurang berjalan sehingga menimbulkan KLB.
- Mobilisasi penduduk yang tinggi serta lintas batas dengan daerah endemis.
- Daerah yang sangat reseptif dan intervensi pengendalian vektor yang kurang berjalan sesuai fokus penularan.

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

- Asesmen uji petik eliminasi malaria.
- Finalisasi update target pemeriksaan malaria per kabupaten/kota tahun 2025.
- Sidang Penilaian Eliminasi Malaria.

- Intervensi Paket hutan termasuk IPTF dan TDA, Kelambu, AFS (*Active Fever Screening*).
- Deteksi dini kasus melalui peningkatan penemuan aktif, pelibatan masyarakat, toma/toga/komando.
- Notifikasi dan koordinasi antar wilayah.
- Koordinasi lintas sektoral (Kemendagri, Kemendes PDT, Kemenko PMK, BPBD, TNI/POLRI).
- Upaya intervensi pada populasi khusus dengan penanggulangan paket hutan.
- Surat Edaran terkait Pembinaan dan Pengawasan pada daerah yang sudah eliminasi.
- Surat Edaran pemberitahuan target eliminasi malaria tahun 2025–2029.
- Koordinasi lintas sektoral antar negara di Asia-Pasifik dengan para stakeholder untuk tetap berkomitmen Indonesia bebas malaria di tahun 2030.
- Kolaborasi dan koordinasi malaria pada antar wilayah negara seperti Indonesia-Timor Leste maupun Indonesia-Papua Nugini.
- Koordinasi lintas program dan lintas sektor dalam rangka penanganan KLB malaria di wilayah eliminasi dan endemis rendah.

### 3.1.9 Kabupaten/Kota yang Mencapai Eliminasi Kusta

Definisi Operasional Indikator kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta adalah kabupaten/kota yang tidak ditemukan kasus baru kusta anak selama lima tahun. Indikator kabupaten/kota tersebut dihitung dari akumulasi jumlah kabupaten/kota yang telah mencapai angka prevalensi kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk pada tahun tertentu.

Data Program Pencegahan dan Pengendalian Kusta 2024 per Desember 2024 memperlihatkan capaian kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta Semester 1 tahun 2025 adalah sebesar 395 kabupaten/kota dari target indikator 514 kabupaten/kota dengan capaian kinerja sebesar 76,85%. Target dan capaian indikator tersebut dari tahun 2020–Semester 1 tahun 2025 digambarkan dalam grafik sebagai berikut:

**Grafik 3.18**

**Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi kusta Tahun 2020 – Semester I Tahun 2025**



Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, Juni 2025

Grafik di atas menunjukkan bahwa target indikator kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta 2020 sampai Semester I tahun 2025 tidak pernah tercapai. Hal ini disebabkan karena deteksi kasus tidak dilakukan secara intensif dan berkelanjutan.

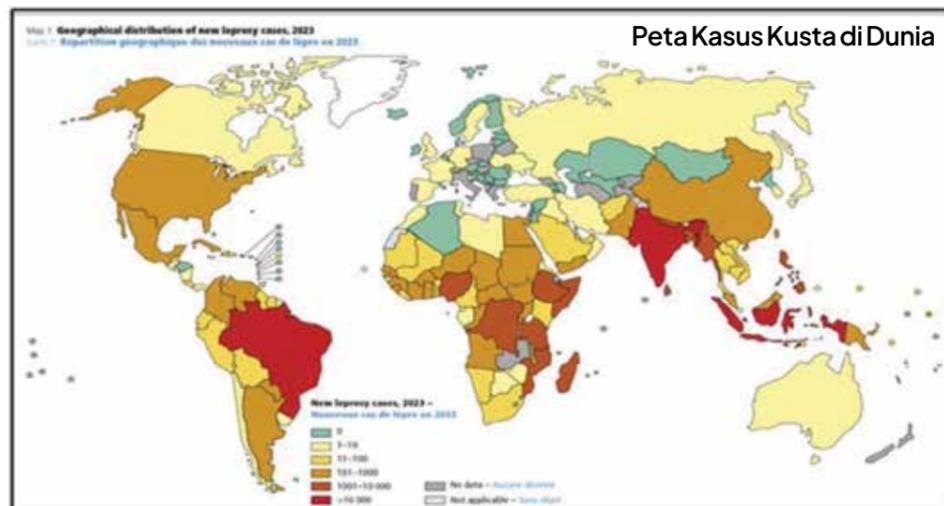
Transmisi kusta di masyarakat tetap berlanjut dan kasus baru terus bermunculan. Hal tersebut diperparah dengan kurangnya komitmen dan alokasi sumber daya dari pemerintah daerah setempat dan pemangku kebijakan terkait, sehingga program penanggulangan kusta berjalan kurang optimal.

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 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, dalam penetapan status eliminasi dalam pengusulan Renstra perubahan definisi kabupaten/kota mencapai eliminasi kusta yaitu tidak ada kasus kusta anak selama lima tahun dan tidak ada kasus kusta sama sekali pada dewasa selama tiga tahun. Sehingga sampai Semester 1 tahun 2025 jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi enam kabupaten/kota (54,55%) dari target 11 kabupaten/kota.

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 dalam grafik berikut ini:

Gambar 3.3



Sumber data: Weekly Epidemiological Report WHO, 2024

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 14.698 kasus baru ditemukan pada tahun 2024 dengan angka penemuan kasus baru 5,24 per 100.000 penduduk.

Indikator Sasaran Strategis (ISS) tersebut dipengaruhi oleh pencapaian Indikator Kinerja Program (IKP) proporsi kasus kusta baru tanpa cacat dengan target tahun 2025 sebesar 90%, serta Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu dengan target tahun 2025 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 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 keputusan 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 yakni:**

1. Melakukan upaya peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam tatalaksana penderita dengan menyelenggarakan Workshop Laboratorium Kusta Frambusia bagi Laboratorium Rujukan pada tanggal 23–27 Juni 2025 di Kota Jayapura, dengan total 29 peserta yang berasal dari Balai Laboratorium Kesehatan Daerah dan analis laboratorium dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terpilih di wilayah Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Tengah, Papua Selatan dan Papua Pegunungan.
2. Advokasi dan sosialisasi program Pencegahan dan Pengendalian Kusta melalui:
  - a. Menyelenggarakan Temu Media (*press briefing*) dalam rangka peringatan hati NTD Sedunia (secara daring) yang dilaksanakan tanggal 30 Januari 2025. Sebagai narasumber komite ahli kusta dari Departemen Dermatologi dan Venereologi FKUI-RSCM dan Komite ahli Filariasis dari Departemen Parasitologi FKUI, dihadiri tenaga kesehatan

dan wartawan media cetak maupun elektronik. Kegiatan bertujuan untuk meningkatkan komitmen pemerintah daerah dalam penanggulangan NTDs dan meningkatkan awareness masyarakat terhadap NTDs.

- b. Menyelenggarakan Kegiatan Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama DPR RI Komisi IX. Kegiatan dilaksanakan di Kota Bandar Lampung tanggal 17 Juni 2025. Adapun tujuan dari kegiatan ini adalah melakukan advokasi kepada pimpinan setempat serta lintas program dan lintas sektor untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan kemitraan daerah serta melakukan sosialisasi kusta dan frambusia kepada masyarakat di wilayah tersebut.
- c. Melaksanakan kegiatan Penguatan Advokasi Program NTDs di Provinsi Papua tanggal 18–21 Februari 2025 dihadiri kbid/kasie P2 dan pemegang program kusta frambusia dan filariasis dari Provinsi Papua dan kabupaten/kota. Kegiatan ini bertujuan untuk menyampaikan kebijakan dan strategi percepatan eliminasi kusta sekaligus membahas berbagai permasalahan dan pemecahan masalah di wilayah Provinsi Papua.

- d. Penguatan Advokasi dalam rangka Pengendalian Kusta di Provinsi Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Selatan dan Papua Tengah di Kota Sorong tanggal 16–19 Juni 2025. Sebagai peserta kbid/kasie P2 dan pemegang program kusta frambusia dan filariasis dari Provinsi dan Kabupaten/Kota. Kegiatan ini bertujuan untuk menyampaikan kebijakan dan strategi percepatan eliminasi kusta sekaligus membahas berbagai permasalahan dan pemecahan masalah di wilayah tanah Papua.
3. Pertemuan Integrasi Evaluasi, Validasi Data dan Perencanaan NTDs Tahun 2025 secara daring tanggal 4–7 Februari 2025. Kegiatan dilaksanakan dengan melibatkan Tim RR Kusta Frambusia dan pemegang program kusta frambusia dari 38 provinsi. Kegiatan ini bertujuan melakukan monitoring, evaluasi, finalisasi dan validasi data, serta perencanaan program P2 Kusta dan Frambusia yang telah dilaksanakan di Tingkat Provinsi sesuai dengan tujuan Program Nasional Pengendalian Kusta dan Frambusia.
4. *Active Case Finding* pada 55 kabupaten/kota terpilih berkolaborasi dengan Program TBC.

5. Menyusun petunjuk teknis integrasi pelaksanaan skrining aktif kusta dengan program ACFTB. Telah dilaksanakan di PKM Pasrepan kabupaten Pasuruan dan PKM Brondong Kabupaten Lamongan pada Januari 2025.
6. Menyiapkan program integrasi penemuan kusta pada anak dengan kegiatan UKS bekerja sama dengan Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
7. Merencanakan dan koordinasi Asesmen Eliminasi Kusta pada 5 Kabupaten/Kota yang telah memasuki eliminasi kusta fase 1 dan 2.
8. Melakukan pemeliharaan pengembangan dan penyempurnaan Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA).
9. Mengawal proses penyediaan obat MDT dalam negeri bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
10. Melaksanakan SOP tatalaksana 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.

**Indikator Kab/Kota yang mencapai eliminasi kusta belum mencapai target pada tahun 2025. Data capaian indikator ini belum final menunggu validasi data Program Kusta Tahun 2025. Beberapa faktor penghambat dalam pelaksanaan program, di antaranya:**

- Di beberapa daerah kantong sekalipun, Program Pencegahan dan Pengendalian kusta belum menjadi prioritas masalah kesehatan masyarakat sehingga dukungan sumber daya dari pemerintah daerah dan *stakeholder* terkait kurang memadai.
- Masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita kusta maupun keluarganya akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman terhadap penyakit kusta sehingga menghambat penemuan kasus sedini mungkin.
- Angka mutasi petugas kesehatan cukup tinggi menyebabkan program pencegahan dan pengendalian kusta di daerah berjalan kurang maksimal.
- Surveilans kusta berjalan kurang maksimal dengan cakupan kontak yang belum sesuai dengan standar 20 kontak per 1 kasus indeks.

- Kelengkapan dan ketepatan pelaporan data Program P2 kusta terkendala karena sistem pelaporan lama masih dijalankan secara manual dan berjenjang, sehingga membutuhkan waktu untuk perekapan dan validasi data. Sistem online baru masih dalam tahap pemeliharaan dan penyempurnaan sistem.
- Adanya kelangkaan stok MDT di tingkat pusat dan daerah akibat keterlambatan penyediaan obat baik dari donor maupun penyediaan obat dalam negeri.

**Berdasarkan permasalahan di atas, beberapa solusi yang dapat dilakukan adalah:**

- Melakukan bimbingan teknis dan supervisi terhadap kabupaten/kota/provinsi dengan capaian indikator-indikator utama program P2 kusta yang belum sesuai dengan target nasional.
- Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian target indikator program.
- Mengawal penyusunan draf Rancangan RPJMN 2025-2029 untuk upaya pengendalian penyakit menular khususnya kusta.

- Mengawal implementasi *Active Case Finding* Kusta integrasi dengan TB di 55 kabupaten/kota terpilih.
- Membuat SE Dirjen P2 terkait pemeriksaan kontak kasus kusta sesuai standar dan pemberian kemoprofilaksis, terkhusus di daerah endemis setiap pemeriksaan adanya bercak.
- Memperluas cakupan kegiatan penemuan kasus kusta secara aktif dan berkelanjutan serta inisiasi dan keberlanjutan implementasi kemoprofilaksis terhadap kontak kusta.
- 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.
- Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE untuk penurunan stigma dan diskriminasi.
- Finalisasi Juknis dan *Tools* Eliminasi Kusta sesuai Kebijakan WHO terbaru serta melakukan sosialisasi terhadap kebijakan baru tersebut.

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

- Melaksanakan asesmen eliminasi kusta, terutama pada kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi kusta fase 2, tidak adanya kasus anak asli baru setidaknya selama 5 tahun terakhir serta tidak adanya kasus asli baru dalam 3 tahun terakhir.
- Sosialisasi sitasias ke provinsi/kab/kota/fasyankes secara berjenjang, penyempurnaan sistem serta mengawal integrasi dengan Satu Data Kesehatan.
- Sosialisasi kebijakan penggunaan *Uniform MDT* kepada provinsi/kab/kota hingga fasyankes.
- Mengawal proses penyediaan dan distribusi obat MDT dalam negeri termasuk rifampisin untuk kegiatan kemoprofilaksis.

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 Menular terdiri dari enam indikator komposit sebagai 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.

#### 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 besarnya berkisar antara 0-1. Untuk mengetahui indeks pengendalian penyakit menular dihitung dengan cara penghitungan komposit dengan formulasi indeks melalui pembobotan menggunakan USG (*Urgency, Seriousness and Growth*) dari

Tren capaian Indikator Indeks Pengendalian Penyakit Menular tahun 2022-2025 Semester 1 dapat dilihat pada grafik berikut:

Grafik 3.19

Target dan Capaian Indeks Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2022 - Semester 1 Tahun 2025



Sumber Data: Direktorat P2PM, Juni 2025

Grafik di atas menunjukkan capaian indikator indeks pengendalian penyakit menular tahun 2025 mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2024 yaitu sebesar 0.6162 dari target 0.5889 atau sebesar 104.64%. Capaian ini lebih tinggi dibandingkan capaian semester 1 tahun 2024 yaitu sebesar 0.5846 (99.2%).

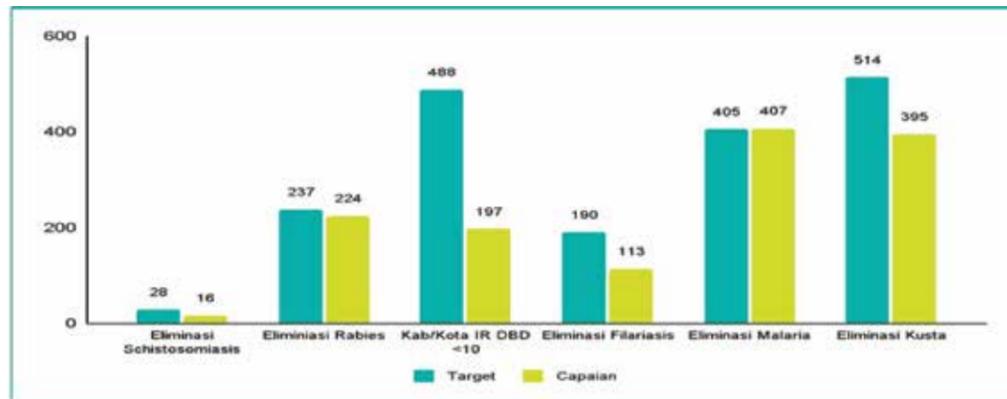
Capaian Indeks Pengendalian Penyakit Menular berbanding lurus dengan banyaknya indikator komposit yang telah memenuhi target di mana semakin banyak indikator komposit yang mencapai target maka indeks semakin

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. Capaian setiap indikator komposit pada indeks pengendalian penyakit menular tahun 2025 Semester I digambarkan dalam grafik berikut ini:

**Grafik 3.20** Target dan Capaian Komposit Indeks Pengendalian Penyakit Menular Semester I Tahun 2025



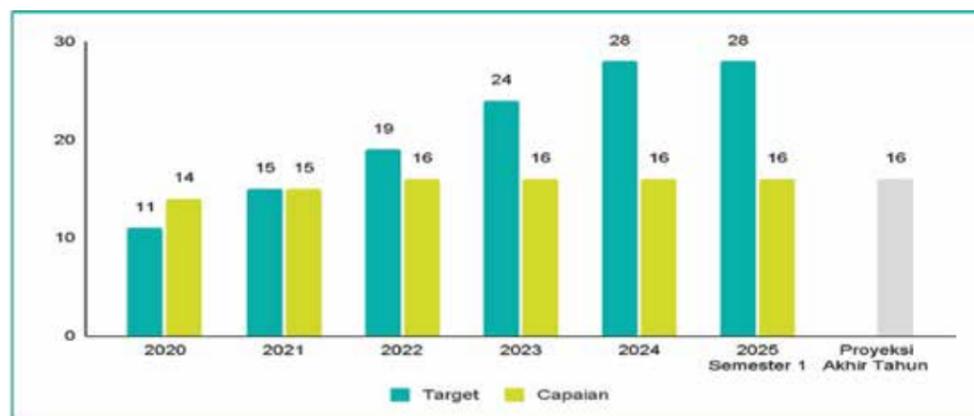
Sumber Data:  
Direktorat P2PM,  
Juni 2025

Grafik diatas menunjukkan gambaran capaian ke-6 indikator komposit adalah sebagai berikut:

#### 1. Indikator Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi

Capaian indikator Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi pada Semester I tahun 2025 adalah sebanyak 16 desa dari 28 desa endemis schistosomiasis. Perbandingan target dan capaian tahun 2020–Semester I tahun 2025 sebagai berikut:

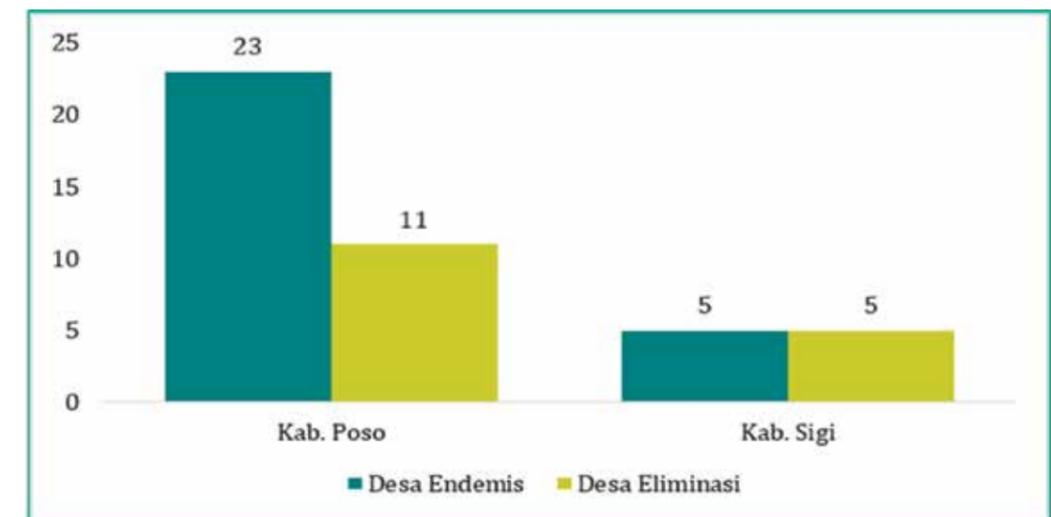
**Grafik 3.21** Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2020 – Semester I Tahun 2025



Sumber: Data  
Tim Kerja NTDs,  
Juni 2025

Grafik diatas menunjukkan bahwa pada tahun 2020–2021 jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi berhasil memenuhi target yang telah ditetapkan, tetapi pada tahun 2022–Semester I tahun 2025 capaian stagnan hanya 16 desa yang mencapai target. Pada Semester I tahun 2025 dari 28 desa endemis 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 3.22** Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi per Kabupaten Endemis Semester I Tahun 2025

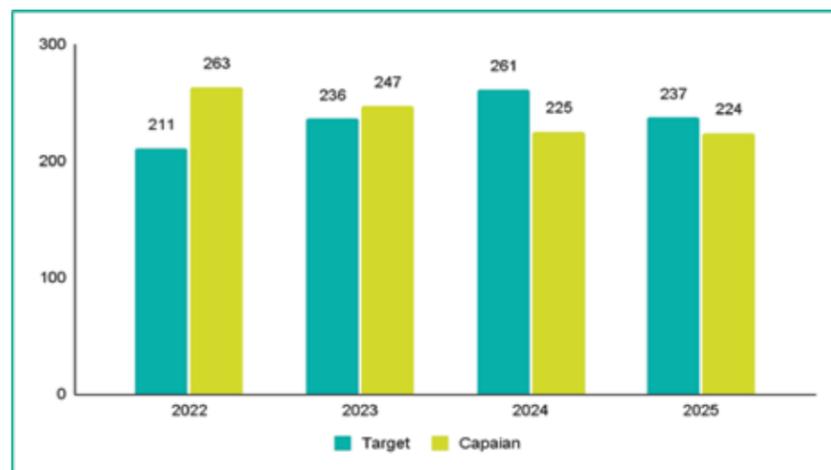


Fase dalam menuju eliminasi schistosomiasis yaitu fase akselerasi (2018–2019), fase memelihara prevalensi 0% (2020–2024), serta fase verifikasi dan deklarasi eliminasi (2030). Upaya eliminasi schistosomiasis meliputi strategi untuk penanganan manusia, hewan dan lingkungan secara terpadu dan menyeluruh 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, POPM dilaksanakan pada manusia yang berpotensi terkena schistosomiasis, tetapi POPM Schistosomiasis belum dilaksanakan pada hewan reservoir.

Secara global terdapat 78 negara endemis schistosomiasis dan 51 diantaranya 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.

Pada usulan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan periode 2025–2029, indikator jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi mengalami perubahan definisi operasional menjadi jumlah kumulatif desa endemis schistosomiasis yang memiliki proporsi infeksi schistosomiasis dengan intensitas berat pada manusia <1%

**Grafik 3.23** Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Rabies yang mencapai Eliminasi Tahun 2022 – Semester I Tahun 2025



Sumber data: Data Tim Kerja Zoonosis, Juni 2025

**2. Indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies menggambarkan kabupaten/kota**

Indikator Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dimulai dari awal tahun 2022 seiring dengan Revisi Renstra periode tahun 2020–2024. Indikator ini dapat diketahui dengan perhitungan jumlah kabupaten/kota yang tidak ada kasus kematian akibat rabies pada manusia atau spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir. Sesuai dengan definisi operasional, realisasi capaian indikator kinerja tahun 2025 menggunakan data kasus rabies tahun 2023 dan 2024. Data capaian target indikator Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

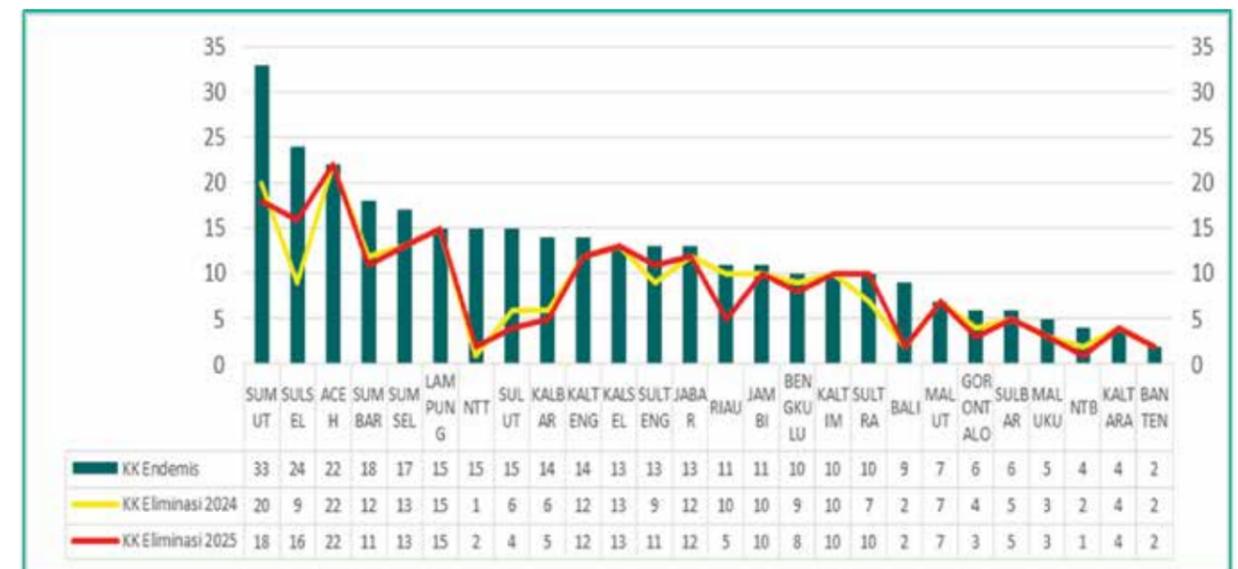
Grafik di atas menunjukkan pada tahun 2022 capaian indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi Rabies dari target 211 kabupaten/kota, berhasil dicapai sebanyak 263 kabupaten/kota (124,64%), pada tahun 2023 mengalami penurunan menjadi 247 kabupaten/kota (104,66%) namun masih memenuhi target yang telah ditetapkan. Pada tahun 2024 capaian indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dari target 261 kabupaten/kota, berhasil dicapai sebanyak 225 kabupaten/kota (86,2%). Sementara itu capaian jumlah kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2025 kembali menurun menjadi 224 kabupaten/

kota dari target 237 kabupaten/kota atau sebesar 94,51%.

Capaian indikator tahun 2025 sebanyak 224 kabupaten/kota (94,5%), capaian indikator tahun 2025 mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya dan belum memenuhi target yang telah ditetapkan. Penurunan ini disebabkan oleh adanya kematian pada manusia akibat rabies di beberapa kabupaten/kota bebas atau yang sudah mencapai eliminasi. Adapun kabupaten/kota di Indonesia yang menjadi sasaran sebanyak 321 kabupaten/kota yang merupakan daerah endemis rabies. Distribusi kabupaten/kota eliminasi rabies seperti grafik di bawah ini:

**Grafik 3.24**

**Jumlah Kabupaten/Kota Eliminasi Rabies per Provinsi Tahun 2024 – Semester I Tahun 2025**



### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Berdasarkan grafik di atas, distribusi jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies terdapat di 38 provinsi di Indonesia, di mana 26 provinsi diantaranya merupakan endemis rabies. Capaian eliminasi rabies tahun 2024 dan tahun 2025 di tiap provinsi tersebut berbeda-beda. Setidaknya ada 19 provinsi yang 100% kabupaten/kotanya telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2024 dan 2025 yaitu Provinsi Aceh, Lampung, Banten, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Maluku Utara, Kalimantan Utara, Bangka Belitung, dan Kepulauan Riau. Kemudian Provinsi Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, DI Yogyakarta, Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, Papua Tengah dan Papua Selatan.

Jumlah ini sama bila dibandingkan dengan provinsi yang 100% kabupaten/kotanya telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2023

dan 2024 hanya ditambahkan dengan provinsi bebas rabies. Hal ini disebabkan karena provinsi tersebut melakukan tatalaksana kasus GHPR dengan baik sehingga tidak ada kematian manusia akibat rabies.

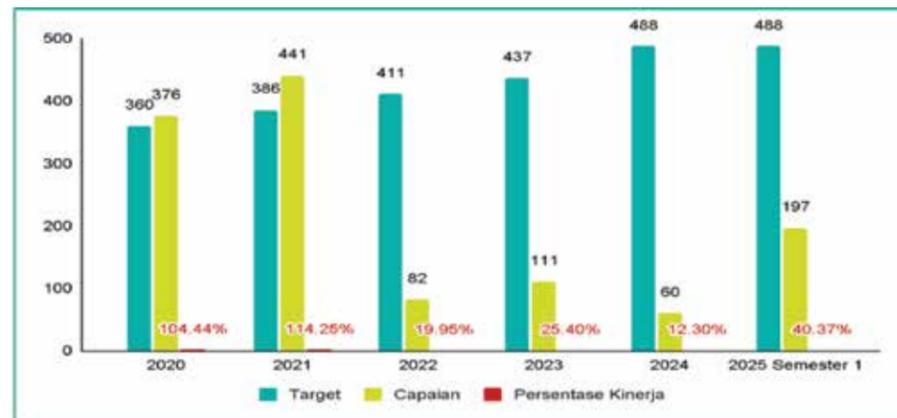
Pada tahun 2024 terjadi kematian manusia akibat rabies di daerah bebas rabies yaitu Kabupaten Kupang, Belu dan Kota Kupang di Provinsi NTT Kematian akibat rabies ini juga menambah jumlah kabupaten/kota endemis rabies, sehingga jumlah kabupaten/kota endemis tahun 2025 bertambah dari 317 menjadi 321 Kabupaten/kota

### 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 3.25

Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk Tahun 2020 - Semester I Tahun 2025



Berdasarkan grafik diatas, sebanyak 197 (40.37%) kabupaten/kota yang sudah mencapai target indikator Insidens Rate (IR)  $\leq 10/100.000$  penduduk dari target 488 kabupaten/kota (95%). Capaian tahun 2025 Semester I lebih tinggi jika dibandingkan dengan capaian tahun 2024 semester I yaitu 115 (23.56%) kabupaten/kota yang memiliki Insidens Rate (IR)  $\leq 10/100.000$  penduduk.

Tahun 2020-2021, nilai insiden rate DBD yang telah ditetapkan dalam Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024 yaitu  $\leq 49/100.000$  penduduk. Tren capaian persentase kabupaten/kota yang mempunyai IR  $\leq 49/100.000$  penduduk pada tahun 2020 dan 2021 capaian telah melebihi target yang ditentukan. Tahun 2022 target indikator berubah dari sebelumnya persentase kabupaten/kota IR  $\leq 49/100.000$  penduduk menjadi IR  $\leq 10/100.000$  penduduk.

Tabel 3.12

Kabupaten/kota yang mencapai target 95% dengan IR  $\leq 10/100.000$  penduduk berdasarkan Provinsi Semester I Tahun 2025

No	Provinsi	Jumlah kab/kota	Jumlah kab/kota dengan IR $\leq 10/100.000$ penduduk	%
1	Aceh	23	13	57%
2	Sumatera Utara	33	14	42%
3	Sumatera Barat	19	6	32%
4	Kep. Riau	7	2	28%
5	Riau	12	3	25%
6	Lampung	15	2	13%
7	Jambi	11	1	9%
8	Sumatera Selatan	17	4	24%
9	Bengkulu	10	3	30%
10	Kep. Bangka Belitung	7	1	14%
11	Jakarta	6	1	16%
12	Jawa Barat	27	1	4%
13	D.I Yogyakarta	5	1	20%
14	Jawa Tengah	35	16	46%

No	Provinsi	Jumlah kab/ kota	Jumlah kab/ kota dengan IR $\leq 10/100.000$ penduduk	%
15	Jawa Timur	38	7	18%
16	Banten	8	1	13%
17	Bali	9	1	11%
18	Nusa Tenggara Barat	10	1	10%
19	Nusa Tenggara Timur	22	7	32%
20	Kalimantan Barat	14	11	79%
21	Kalimantan Tengah	14	5	36%
22	Kalimantan Selatan	13	11	85%
23	Kalimantan Timur	10	1	10%
24	Kalimantan Utara	5	1	20%
25	Sulawesi Utara	15	1	7%
26	Sulawesi Tengah	13	7	54%
27	Sulawesi Selatan	24	6	25%
28	Sulawesi Tenggara	17	8	47%
29	Gorontalo	6	1	16%
30	Sulawesi Barat	6	2	33%
31	Maluku	11	10	91%
32	Maluku Utara	10	8	80%
33	Papua Barat	7	7	100%
34	Papua Barat Daya	6	6	100%
35	Papua	9	8	89%
36	Papua Selatan	4	4	100%
37	Papua Tengah	8	7	88%
38	Papua Pegunungan	8	8	100%
	<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>197</b>	<b>38.33%</b>

Sumber Data: Direktorat P2PM, Juni 2025

Tahun 2025 Semester 1 sebanyak 197 kabupaten/kota yang memiliki IR  $\leq 10/100.000$  penduduk. Sementara provinsi yang belum mencapai IR  $\leq 10/100.000$  penduduk sebanyak 28 provinsi. Sebanyak 4 provinsi yang seluruh kabupaten/kota-nya (100%) telah mencapai target IR  $\leq 10/100.000$  penduduk. Target program DBD tercapai di 3 provinsi dapat merupakan gambaran kondisi yang sesungguhnya di wilayah tersebut atau terdapat kemungkinan merupakan gambaran dari adanya hambatan dalam mendeteksi kasus karena fasilitas diagnostik (RDT NS1 Combo) yang kurang memadai karena adanya efisiensi pengadaan logistik sehingga tidak ada kasus yang dilaporkan dan sistem surveilans yang lemah karena adanya masalah di SIARVI yang mengalami *insiden credential* sehingga terkendala dalam melaporkan kasus dengue/

DBD secara online dan yang sebenarnya terjadi (*underreporting*) karena *delay report*.

#### 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-Semester 1 tahun 2025 digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.26

Target dan capaian kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi Tahun 2020 - Semester 1 Tahun 2025



Sumber Data: Direktorat P2PM, Juni 2025

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Dalam kurun waktu lima tahun pada rentang Tahun 2020 hingga Semester 1 tahun 2025 terlihat bahwa capaian indikator eliminasi filariasis cukup fluktuatif. Tahun 2020 dan 2021 capaiannya adalah sebesar 80% dan 77%. Tahun 2022 capaian meningkat menjadi 97%. Namun tahun 2023 dan 2024 menurun menjadi 72% dan 59%. Pada tahun 2025 capaian tidak mengalami perubahan dan tetap sebesar 59%. Hal ini disebabkan karena adanya efisiensi anggaran APBN serta penghentian dana Hibah USAID menyebabkan kegiatan survei evaluasi dalam penilaian menuju eliminasi filariasis tidak dapat dilaksanakan.

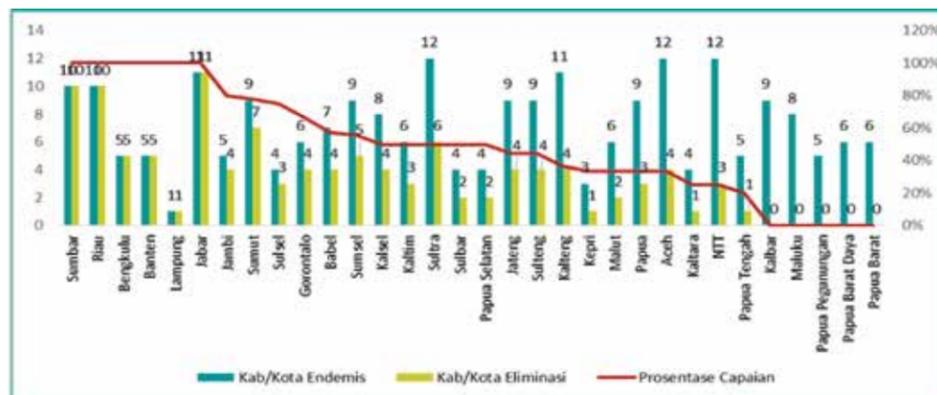
Sampai dengan semester 1 tahun 2025, sebanyak 113 kabupaten/kota dari target 190 kabupaten/kota endemis telah berhasil mencapai eliminasi filariasis atau dengan pencapaian sebesar 59%. Berdasarkan grafik di atas maka dapat diproyeksikan pada tahun 2025, target kabupaten/kota endemis filariasis berhasil mencapai eliminasi belum dapat

tercapai dengan optimal. Pada tahun 2025, seiring dengan keluarnya pedoman surveilans filariasis dari WHO, dilaksanakan penyesuaian definisi operasional indikator kabupaten/kota endemis filariasis telah berhasil mencapai eliminasi menjadi jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang telah lulus survei penilaian penulatan tahap akhir dan berhak mendapat sertifikat eliminasi. Seiring dengan perubahan tersebut maka dilakukan penyesuaian target indikator tersebut.

Capaian 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 5 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 3.27

Kabupaten/Kota Endemis Filariasis Yang Mencapai Eliminasi Per Provinsi Tahun 2025 Semester I



Dari data di atas terdapat provinsi yang seluruh kabupaten/kota endemis dinilai telah mencapai eliminasi filariasis yaitu Provinsi Sumatera Barat, Riau, Bengkulu, Lampung, Bantendan 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%, tujuh 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

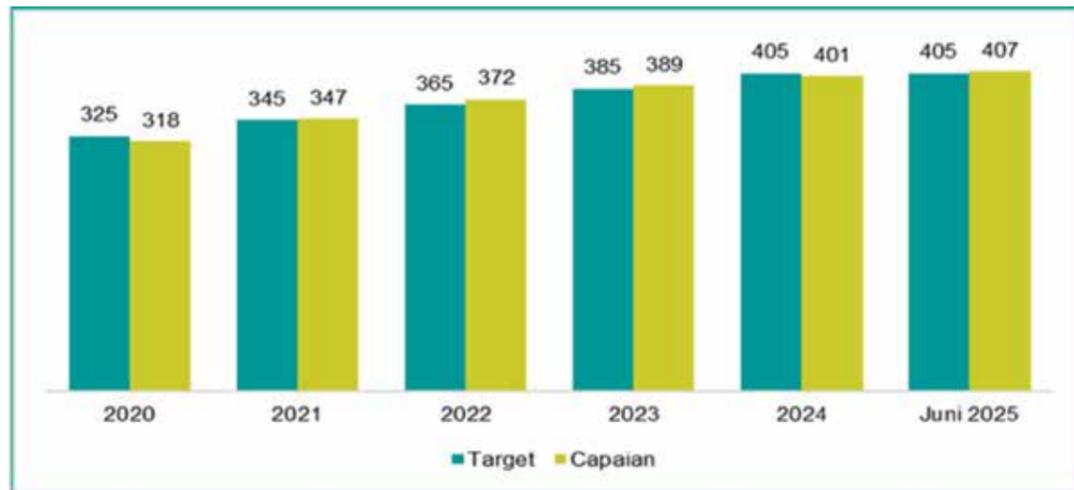
tambahan dua putaran bagi kabupaten/kota yang gagal evaluasi.

#### 5. Indikator kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria

Indikator komposit lainnya adalah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria, capaian tahun Semester I Tahun 2025 sebesar 407 kabupaten/kota dari target 405 kabupaten/kota atau sebesar 99%. Jika dibandingkan dengan tren capaian eliminasi malaria pada periode tahun 2020–2024 cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya dan telah mencapai target eliminasi malaria. Tren capaian eliminasi malaria dapat digambarkan pada grafik berikut:

Grafik 3.28

Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia Tahun 2020–Semester I Tahun 2025



Grafik di atas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan capaian realisasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi dalam kurun waktu tahun 2020 sampai dengan Juni tahun 2025. Secara nasional untuk target kumulatif tahun 2025 sebanyak 405 kabupaten/kota, tapu capaian sampai Juni tahun 2025 sebanyak 407 kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dengan capaian kinerja 100,49%.

Penambahan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria sampai Juni tahun 2025 terdapat penambahan enam kabupaten/kota berasal dari enam Provinsi, yaitu Provinsi Aceh (1 kabupaten), Kalimantan Selatan (1 kabupaten), Kalimantan Utara (1 Kabupaten), Nusa Tenggara Barat (1 Kabupaten), Maluku (1

Kabupaten) dan Papua Barat Daya (1 Kabupaten). Diproyeksikan sebesar 415 kabupaten/kota dapat mencapai eliminasi malaria sampai akhir tahun 2025. Namun target proyeksi ini masih dibawah target usulan teknokratik RPJMN 2025–2029 dimana tahun 2025 ditargetkan 425 Kabupaten/Kota mencapai eliminasi malaria.

#### 6. Indikator kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta

Capaian kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta Semester I Tahun 2025 adalah sebesar 395 kabupaten/kota dari target indikator 514 kabupaten/kota (capaian kinerja 76.84%). Data capaian dapat mengalami perubahan karena belum dilakukan validasi dan

finalisasi data tahun 2025. 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 3.29

Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi kusta Tahun 2020–Semester I Tahun 2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, Juni 2025

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 per 10.000 penduduk) sejak tahun 2000. Sebagai pembandingan, dari 23 negara prioritas tersebut, Brazil, Comoros, Kiribati, dan Sudan Selatan masih memiliki angka prevalensi > 1 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 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.

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 proporsitas 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 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.

Untuk mencapai target indikator indeks pengendalian penyakit menular, Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai kegiatan selama semester I sebagai berikut:

#### 1. Penyusunan dan Penguatan norma, standar, prosedur, dan kriteria

##### a. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi

Advokasi dan Koordinasi program eliminasi schistosomiasis dan sinkronisasi kegiatan oleh Direktur Penyakit Menular kepada Wakil Gubernur Sulawesi Tengah dan jajaran Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Tengah (Dinas Kesehatan dan OPD terkait) di Kabupaten Palu dan Kabupaten Poso.

##### b. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies

- Harmonisasi Permenkes Penanggulangan Penyakit (Penyusunan Permenkes) sebagai dasar hukum pelaksanaan pengendalian penyakit menular dan penganggaran.

- Advokasi dan audiensi pengendalian rabies kepada pemerintah daerah (Walikota Ambon dan Asisten 1 Sekretaris Daerah Provinsi Maluku), karena meningkatnya kasus rabies di Kota Ambon. Kegiatan advokasi dan audiensi dilaksanakan oleh perwakilan

dari Kementerian Pertanian, Dinas Kesehatan Kota Ambon, Dinas yang Membidangi fungsi Kesehatan Hewan Kota Ambon, Dinas Kesehatan Provinsi Maluku serta Dinas yang Membidangi Fungsi Kesehatan Hewan Provinsi Maluku sebagai tindak lanjut dari rapat koordinasi lintas sektor penanggulangan rabies di Kota Ambon.

- Surat Edaran Nomor ; HK.02.02/C/508/2025 tentang Kewaspadaan Terhadap Kasus Rabies ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota serta B/BKK dan Loka Kekejarantinaan Kesehatan di seluruh Indonesia

- Rapat Koordinasi Lintas Sektor. Rapat koordinasi pengendalian zoonosis dalam kerangka One Health tanggal 17 Februari 2025. Rapat ini membahas apa yang bisa dilakukan oleh masing-masing kementerian/ lembaga dalam penanggulangan zoonosis.

- Rapat Koordinasi Teknis Penanggulangan Rabies tanggal 4 Juni 2025. Rapat koordinasi yang dipimpin oleh Asisten Deputi Peningkatan Kapasitas dan Ketahanan Kesehatan

Kemenko PMK dengan peserta rapat dari K/L terkait sehubungan dengan meningkatnya kasus rabies dan dukungan prioritas RPJMN 2025-2029.

- Rapat Koordinasi Rabies tanggal 23 Juni 2025 Membahas tentang daerah yang menjadi prioritas oleh Kementerian Pertanian dalam pembebasan rabies

##### c. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD $\leq$ 10 per 100.000 penduduk

- Sosialisasi SE Kewaspadaan peningkatan kasus dan KLB DBD dan Chikungunya Tahun 2025 yang telah dilaksanakan tanggal 22 Januari 2025.

- Penyusunan NSPK pelaksanaan P2 Dengue dan arbovirosis lainnya dilaksanakan melalui kegiatan Penyusunan Kurikulum Pelatihan Program Dengue, Penyusunan Petunjuk Teknis Sistem Surveilans Sentinel Dengue-Chikungunya-Zika (S3D).

##### d. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi

Kegiatan yang dilaksanakan yakni penyusunan petunjuk teknis tatalaksana kasus kronis filariasis, Manajemen Morbiditas dan Pencegahan Disabilitas Akibat Filariasis (MMPDF).

**e. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria**

- Menyusun Petunjuk teknis Intervensi Penanggulangan Malaria di Hutan
- Surat edaran nomor NOMOR : HK.02.02/C/375/2025 tentang Pemberitahuan dalam Rangka Pembinaan dan Pengawasan Terhadap Kabupaten/Kota Eliminasi Malaria tanggal 24 Februari 2025.
- Penetapan Target pemeriksaan dan surat nomor PV.01.02/C/437/2025 tanggal 5 Februari 2025 yang meningkat dari 4,3 juta menjadi 8,3 juta di tahun 2025 terutama di kabupaten/kota dengan endemis tinggi malaria untuk meningkatkan kegiatan penemuan baik secara aktif melalui kunjungan rumah maupun melalui pasif dengan pemeriksaan kepada seluruh orang yang sakit di daerah endemis tinggi malaria.
- Menyusun Keputusan Direktur Jenderal Penanggulangan Penyakit (Kepdirjen) Nomor HK.02.02/C/246/2025 tentang Tingkat Endemisitas Malaria Kabupaten/Kota tanggal 27 April 2025.

**f. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

- Menyusun petunjuk teknis integrasi pelaksanaan screening aktif kusta

dengan program ACF TB. Telah dilaksanakan di PKM Pasrepan Kabupaten Pasuruan dan PKM Brondong Kabupaten Lamongan pada Januari 2025. Advokasi dan sosialisasi program Pencegahan dan Pengendalian Kusta melalui penyelenggaraan Temu Media (*press briefing*) dalam rangka Peringatan Hari NTD Sedunia (secara daring) yang dilaksanakan tanggal 30 Januari 2025. Sebagai narasumber komite ahli Kusta dari Departemen Dermatologi dan Venereologi FKUI-RSCM dan Komite ahli Filariasis dari Departemen Parasitologi FKUI, dihadiri tenaga kesehatan dan wartawan media cetak maupun elektronik. Kegiatan bertujuan untuk meningkatkan komitmen pemerintah daerah dalam penanggulangan NTDs dan meningkatkan awareness masyarakat terhadap NTDs.

- Penguatan Advokasi Program NTDs di Provinsi Papua tanggal 18-21 Februari 2025 dihadiri kbid/kasie P2 dan pemegang program kusta frambusia dan filariasis dari Provinsi Papua dan Kabupaten/Kota. Kegiatan ini bertujuan untuk menyampaikan kebijakan dan strategi percepatan eliminasi kusta sekaligus membahas berbagai

permasalahan dan pemecahan masalah di wilayah provinsi Papua.

- Penguatan Advokasi dalam rangka Pengendalian Kusta di Provinsi Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Selatan dan Papua Tengah di Kota Sorong tanggal 16-19 Juni 2025. Sebagai peserta kbid/kasie P2 dan pemegang program kusta frambusia dan filariasis dari provinsi dan kabupaten/kota. Kegiatan ini bertujuan untuk menyampaikan kebijakan dan strategi percepatan eliminasi kusta sekaligus membahas berbagai permasalahan dan pemecahan masalah di wilayah tanah Papua.

**2. Surveilans Penemuan Kasus dan Asesmen daerah endemis**

**a. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi**

Pemberantasan fokus keong melalui kegiatan:

- Penyelesaian pembuatan saluran irigasi di 6 desa endemis Schistosomiasis yang dibiayai oleh Rotary Club Kyoto melalui Rotary Club Palu yaitu Desa Alitupu sepanjang 103.3 meter, Desa Maholo, panjang 903.5 meter, Desa Watutau, panjang 245 meter, Desa Dodolo, panjang 196 meter, Desa

Kaduwa, panjang 223.4 meter dan Desa Bumi Banyusari, panjang irigasi 217 meter.

- Penyerahan Hand Tractor dan Sepatu Boot dari Rotary Club Kyoto ke Bupati Poso yang akan digunakan untuk pemberantasan fokus keong *Oncomelania hupensis lindoensis* di dataran Napu.

**b. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies**

- Pelaksanaan Assessment Rabies Center di Kabupaten Tapanuli Utara (Sumatera Utara) dan Sumbawa (NTB).
- Kewaspadaan Dini KLB Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis di Kabupaten Badung (Bali) dan Kota Ambon (Maluku).

**c. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk**

Kegiatan Respons Peningkatan Kasus dan KLB Dengue dan arbovirosis lainnya. Kegiatan ini bertujuan untuk mengetahui apakah upaya respon peningkatan kasus dan KLB seperti pelaksanaan penyelidikan epidemiologi kasus dengue, mengetahui gambaran kasus dengue di wilayah tersebut selanjutnya untuk dilakukan upaya penanggulangan dengue. Kegiatan ini dilakukan secara daring terkait respon peningkatan kasus dan KLB dengue dan arbovirosis

lainnya di Kabupaten Dompu, Provinsi NTB; Kabupaten Solok Selatan. Provinsi Sumatera Barat; Kabupaten Natuna, Provinsi Kepri; dan Kabupaten Ciamis, Provinsi Jawa Barat.

**d. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi**

- Pelaksanaan *Survey Coverage Tools* (SCT) di Kabupaten Sorong Selatan 19–25 Januari 2025. SCT adalah kegiatan survei cepat untuk memantau masyarakat benar minum obat di depan petugas. Upaya ini merupakan upaya cepat dan efektif di lapangan untuk meningkatkan kepatuhan minum obat.
- Survei Evaluasi Penularan Filariasis (*Transmission Assessment Survey/TAS*) tahap 1 di Kabupaten Biak Numfor tanggal 13–24 Januari 2025 dan di Kabupaten Mimika tanggal 17–28 Februari 2025
- Survei Evaluasi Penularan Filariasis (*Transmission Assessment Survey/TAS*) tahap 3 di Kabupaten Sidrap tanggal 19–28 Mei 2025
- Surveilans Kasus Kronis Filariasis di Kab. Indramayu, Bandung, Kolaka dan Kota Kendari tanggal 14–17 Mei 2025 serta di Kab. Pali dan Kota Palembang tanggal 20–23 Mei 2025

**e. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria**

- Koordinasi untuk kewaspadaan koordinasi bencana non alam KLB Malaria tanggal 12–14 Maret di Bogor terkait penyusunan rencana kontingensi. Di mana saat ini telah terjadi peningkatan kasus maupun KLB malaria di daerah yang sudah eliminasi sehingga diharapkan adanya pedoman rencana kontinjensi terkait KLB malaria sebagai petunjuk teknis dan sebagai pedoman lintas program dan lintas sektoral dalam penanganan KLB Malaria
- Bimbingan virtual eliminasi malaria di Kabupaten Bangka Barat, Provinsi Kep. Bangka Belitung; Kabupaten Batanghari Provinsi Jambi; Kabupaten Bintan, Provinsi Kepulauan Riau; Kabupaten Langkat, Provinsi Sumatera Utara; Kabupaten Sintang, Provinsi Kalimantan Barat; dan Provinsi Jawa Tengah selama periode Januari–Maret 2025. Bimbingan virtual eliminasi dilakukan untuk mendorong kabupaten/kota dan provinsi untuk melakukan percepatan eliminasi malaria dan mendapatkan rencana tindak lanjut (RTL) dari para tim ahli malaria dan program sebelum dilakukan uji petik eliminasi.

**f. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

- *Active Case Finding* pada 55 kabupaten/kota terpilih berkolaborasi dengan Program TBC.
- Menyiapkan program integrasi penemuan kusta pada anak dengan kegiatan UKS bekerja sama dengan Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- Merencanakan dan koordinasi Asesmen Eliminasi Kusta pada 5 Kabupaten/Kota yang telah memasuki eliminasi kusta fase 1 dan 2.

**3. Penguatan Data dan Informasi**

**a. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi**

Pengumpulan data kasus schistosomiasis dilakukan secara berjenjang berdasarkan hasil pemeriksaan spesimen yang kemudian dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten ke Dinas Kesehatan Provinsi hingga ke Kementerian Kesehatan. Tahun 2025 semester 1, anggaran surveilans dan deteksi dini schistosomiasis masih terblokir. Hal ini berpengaruh terhadap pengumpulan data kasus schistosomiasis tahun 2025.

Pada usulan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan periode 2025–2029, indikator Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi masuk dalam indikator kinerja program. Namun, definisi operasional indikator ini mengalami perubahan dimana semula adalah jumlah desa endemis schistosomiasis yang berhasil menurunkan prevalensi pada manusia menjadi 0% menjadi Jumlah kumulatif desa endemis schistosomiasis yang memiliki proporsi infeksi schistosomiasis dengan intensitas berat pada manusia <1%.

**b. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies**

Pertemuan validasi data dan capaian rabies center melibatkan pengelola program zoonosis di 38 provinsi dan seluruh kabupaten/kota secara daring tanggal 20 Maret 2025

**c. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk**

Pertemuan Validasi Data Dengue Nasional Tahun 2025 pada tanggal 11–13 Februari 2025 yang dilaksanakan secara daring.

**d. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi**

Pertemuan Monitoring dan Evaluasi Program Filariasis dengan jejaring Laboratorium Kesehatan Masyarakat di Indonesia di Jakarta tanggal 7–8 Januari 2025.

**e. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria**

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

- Validasi data malaria tanggal 3–5 Februari 2025 untuk validasi data final tahun 2024 dengan melibatkan seluruh tim kerja malaria 38 provinsi dan seluruh kabupaten/kota yang dilakukan secara

virtual sebelum close data final yang disepakati tanggal 1 Maret 2025 Dinas Kesehatan Provinsi secara berjenjang dilakukan validasi sampai ke tingkat fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.

- Supervisi validasi data di Kabupaten Mimika, Kalimantan Timur, Jayapura dan Keerom baik secara daring dan tatap muka dilakukan untuk memastikan dan mengoptimalkan pencatatan pelaporan malaria untuk meminimalisir terjadinya *under reporting* data malaria terutama Kabupaten yang memiliki kader malaria.
- Workshop transisi SISMAL V.2 tanggal 20–23 Maret di Jakarta pembahasan terkait data malaria terintegrasi dan terkait pencatatan pelaporan kader malaria yang belum ada pada SISMAL saat ini.

**f. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

Pertemuan Integrasi Evaluasi, Validasi Data dan Perencanaan NTDs Tahun 2025 secara daring tanggal 4–7 Februari 2025. Kegiatan dilaksanakan dengan melibatkan Tim RR Kusta Frambusia dan pemegang program kusta frambusia dari 38 provinsi. Kegiatan ini bertujuan

melakukan monitoring, evaluasi, finalisasi dan validasi data, serta perencanaan program P2 Kusta dan Frambusia yang telah dilaksanakan di Tingkat Provinsi sesuai dengan tujuan Program Nasional Pengendalian Kusta dan Frambusia.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target indikator indeks pengendalian penyakit menular antara lain:

**1. Kurangnya komitmen lintas sektor**

**a. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi**

- Kurangnya komitmen lintas sektor dalam upaya pemutusan mata rantai penularan melalui hewan dan keong *Oncomelania hupensis lindoensis* perantara, hal ini disebabkan karena program schistosomiasis bukan merupakan program prioritas bagi lintas sektor.
- Kegiatan pengendalian schistosomiasis hanya bersumber dari APBN dan hibah, sehingga upaya pengendalian oleh pemerintah daerah sangat terbatas.
- Kesadaran masyarakat terkait pemakaian alat pelindung diri seperti memakai sepatu boot pada saat beraktifitas di sekitar fokus keong penular schistosomiasis masih rendah

**b. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies**

Pengendalian rabies pada hewan masih kurang mendapatkan perhatian baik di tingkat pusat maupun daerah, terlihat dari rendahnya cakupan vaksinasi HPR sebesar 20– 40% dari cakupan minimal yang harus dicapai (70% dari total populasi HPR). Selain itu anggaran untuk penanggulangan rabies dan zoonosis lainnya di sektor kesehatan hewan relatif minim baik di tingkat pusat dan daerah. Cakupan vaksinasi HPR yang rendah berpotensi semakin banyak HPR yang mudah terinfeksi rabies. Kejadian rabies manusia sangat erat kaitannya dengan rabies pada hewan. Selain itu masih belum maksimalnya pembinaan Rabies Center oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota.

**c. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk**

Pencegahan dan pengendalian DBD memerlukan kerjasama dari semua sektor, termasuk penguatan pokjanel dan pelaksanaan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1R1J). Hal ini masih belum menjadi kegiatan prioritas di beberapa daerah sehingga belum optimal dalam penanggulangan dengue di Indonesia.

d. **Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria**

- Efisiensi Anggaran APBN termasuk kegiatan prioritas untuk mendukung percepatan eliminasi malaria.
- Penangguhan kegiatan hibah Global Fund sehingga sebagian kegiatan yang sudah direncanakan tidak dapat terimplementasikan di tahun 2025.
- Terbatasnya komitmen pemerintah daerah baik kebijakan maupun pembiayaan di daerah yang sudah eliminasi bahkan tidak ada sehingga kegiatan surveilans/program malaria tidak berjalan.

e. **Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

Di beberapa daerah kantong sekalipun, Program Pencegahan dan Pengendalian kusta belum menjadi prioritas masalah kesehatan masyarakat sehingga dukungan sumber daya dari pemerintah daerah dan stakeholder terkait kurang memadai.

**2. Pencatatan dan Pelaporan data yang tidak tepat waktu dan tidak dilaporkan**

a. **Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies**

Sistem pencatatan dan pelaporan P2 rabies dilakukan melalui eZoonosis. Namun demikian, masih banyak daerah yang mengirimkan laporan secara manual melalui grup whatsapp pengelola program kepada Kementerian Kesehatan dan kelengkapan penyampaian laporan masih dibawah 80%.

b. **Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk**

Sistem Informasi Arbovirosis (SIARVI) mengalami kendala incident credential sehingga selama TW 1 tidak dapat diakses dan laporan dilakukan secara manual

c. **Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria.**

- Sistem Pencatatan dan pelaporan malaria menggunakan SISMAL dengan sistem *online web based* dari tingkat fasilitas pelayanan kesehatan (Faskes) sampai ke pusat sehingga untuk faskes yang tidak memiliki jangkauan internet akan susah mengirimkan laporan.

- Pelaporan kasus positif malaria pada SISMAL adalah *individual case* dengan SDM pencatatan pelaporan malaria yang sangat terbatas dibandingkan dg jumlah kasus yang sangat banyak sehingga ada kasus-kasus yang belum semua dilaporkan pada SISMAL.

- Belum semua layanan swasta terutama di daerah dengan endemis tinggi yang mempunyai akun SISMAL sehingga kemungkinan ada kasus ditemukan namun tidak dilaporkan pada SISMAL.

d. **Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

Kelengkapan dan ketepatan pelaporan data Program P2 kusta terkendala karena sistem pelaporan lama masih dijalankan secara manual dan berjenjang, sehingga membutuhkan waktu untuk perekapan dan validasi data. Sistem online baru masih dalam tahap pemeliharaan dan penyempurnaan sistem.

**3. Rujukan layanan dan jejaring tatalaksana 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.

**4. 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 yakni:

**1. Meningkatkan advokasi dan koordinasi lintas sektor serta mengoptimalkan peran dan tugas masing-masing lintas sektor.**

**a. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi**

Pertemuan Advokasi kepada lintas sektor dan lintas program secara intensif dalam upaya pemutusan rantai penularan melalui hewan dan keong penular yang dilaksanakan secara daring tanggal 1-2 Juli 2025

**b. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies**

- Advokasi pembentukan Tim Koordinasi Daerah (TIKORDA) Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis dan PIE, sebagai wadah koordinasi lintas sektor dalam pengendalian zoonosis dalam kerangka pendekatan One Health atau Satu Kesehatan yang sudah diperkuat oleh Kementerian Dalam Negeri melalui Surat Kemendagri kepada Gubernur/Bupati/Walikota nomor 300.2.8/e.597/BAK tanggal 19 April 2024 dalam upaya penanggulangan zoonosis termasuk rabies.

- Surat dari Menteri Kesehatan kepada Menteri Pertanian Nomor PV.03.02/MENKES/357/2025 Hal Permohonan Akselerasi Vaksinasi Anjing pada Provinsi dengan Gigitan Hewan penular Rabies (GHPR) dan Kematian Akibat Rabies Tertinggi 5 tahun Terakhir.

- Rapat koordinasi teknis penanggulangan rabies lanjutan yang akan membahas kesiapan dalam pembebasan rabies oleh masing-masing provinsi prioritas yang sudah ditentukan bersama Kementerian Pertanian, kegiatan ini direncanakan Bulan Juli 2025.

**c. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq$  10 per 100.000 penduduk**

- Penguatan peran serta pemerintah daerah dalam penanggulangan Dengue dengan menghadirkan narasumber dari Dinas kesehatan Kota Tangerang Selatan terkait praktik baik pelaksanaan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik yang melibatkan masyarakat di acara seminar peringatan Asean Dengue Day 2025 yang diikuti oleh peserta dari seluruh Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota se-Indonesia akan dilaksanakan di bulan Juli 2025

- Dalam webinar series-4 akan dilaksanakan bulan Juli 2025 yang merupakan rangkaian kegiatan dalam rangka peringatan Asean Dengue Day 2025 akan menghadirkan narasumber dari Kemendagri terkait dengan topik peran pemerintah daerah dan lintas sektor dalam penanggulangan Dengue.

- Dalam webinar series-5 akan dilaksanakan bulan Agustus 2025 yang merupakan rangkaian kegiatan dalam rangka peringatan Asean Dengue Day 2025 akan mengundang peserta dari pelaku industri, usaha dan sektor pariwisata dengan harapan bersama kita dapat menanggulangi Dengue di Indonesia.

**d. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi**

Koordinasi dengan lintas sektor dalam rangka pemutusan rantai penularan pada daerah dengan ditemukannya penularan zoonotic (dari binatang: kucing, kera dan anjing) sehingga dapat berpengaruh terhadap tahapan pencapaian eliminasi filariasis di Indonesia

**e. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria**

- Penyusunan teknokratik RPJMN 2025-2029 dan Renstra Kemenkes 2025-2029 bersama kementerian/lembaga lainnya terkait dengan indikator-indikator program khususnya program malaria

- Koordinasi lintas batas antar negara terkait dengan crossborder kasus malaria antar negara (Timor Leste-Papua Nugini-Indonesia)

- Advokasi pada acara Asia Pacific Leaders Malaria Alliance (APLMA) tanggal 16-17 Juni 2025 di Bali.

**f. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

Mengawal penyusunan draf Rancangan RPJMN 2025-2029 untuk upaya pengendalian penyakit menular khususnya kusta. Membuat SE Dirjen P2 terkait pemeriksaan kontak kasus kusta sesuai standar dan pemberian kemoprofilaksis, terkhusus di daerah endemis setiap pemeriksaan adanya bercak. Finalisasi Juknis dan Tools Eliminasi Kusta sesuai Kebijakan WHO terbaru serta melakukan sosialisasi terhadap kebijakan baru tersebut.

**2. Monitoring dan evaluasi pencatatan pelaporankasus**

**a. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi**

Pelaporan data kasus schistosomiasis berdasarkan hasil pemeriksaan spesimen yang kemudian dilaporkan oleh petugas puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten kemudian ke Dinas Kesehatan Provinsi hingga ke Kementerian Kesehatan. Selanjutnya berdasarkan hasil tersebut dilakukan pemantauan serta tindakan lebih lanjut dalam pengendalian schistosomiasis. Tahun 2025, sebagai salah satu bentuk kegiatan monitoring dari hasil survei sebelumnya, akan dilakukan Pembinaan Teknis Survei Prevalensi Schistosomiasis dan Pembinaan Teknis Penyemprotan Fokus Keong Schistosomiasis.

**b. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies**

- Validasi data dan capaian rabies center triwulan II, melibatkan pengelola program zoonosis di 38 provinsi dan seluruh kabupaten/kota secara daring, yang akan dilaksanakan pada akhir Bulan Juli 2025.

- Mengintegrasikan RME zoonosis yang sudah terdaftar di SATU SEHAT pada sistem pencatatan dan pelaporan di daerah, untuk mendapatkan data yang akurat, terintegrasi dan *real-time*.

**c. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk**

Kementerian Kesehatan melaksanakan validasi data kasus DBD dan arbovirosis lainnya setiap triwulan yang dilaksanakan secara daring.

**d. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi**

- Koordinasi dengan jejaring Laboratorium Kesehatan Masyarakat di Indonesia dalam rangka monitoring dan evaluasi pelaksanaan survei evaluasi yang akan dilaksanakan bulan Juli 2025.  
- Monitoring dan evaluasi terhadap data kasus filariasis yang dilaksanakan secara berjenjang setiap bulan.

**e. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria**

- Validasi data malaria capaian semester I yang akan dilaksanakan bulan Juli 2025.

- Monitoring dan Evaluasi serta umpan balik capaian semester 1 yang akan dilaksanakan bulan Juli 2025.

- Perbaiki logic pengobatan pada SISMAL pada yang akan dilakukan pada semester 2 tahun 2025.

**f. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

- Validasi data kusta capaian semester 1 yang akan dilaksanakan bulan Juli 2025.  
- Monitoring dan Evaluasi serta umpan balik capaian semester 1 yang akan dilakukan bulan Juli 2025  
- Mengawal proses pemeliharaan dan pengembangan Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA)

**3. Peningkatan Jejaring Layanan Kesehatan**

**a. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi**

Pelaksanaan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) schistosomiasis pada seluruh penduduk endemis pada Bulan Juli - Agustus 2025

**b. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies**

Pembentukan serta assessment Rabies Center sebagai pusat penanganan

kasus gigitan hewan penular rabies pada manusia. Layanan dalam rabies center ini meliputi vaksinasi rabies, pengobatan pasca pajanan dan memberikan edukasi kepada masyarakat sekitar.

**c. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk**

Peningkatan jejaring pelayanan kesehatan dalam penanggulangan DBD dilaksanakan mulai dengan pembentukan Pokjanel (Kelompok Kerja Operasional Pemberantasan Demam Berdarah Dengue) dari tingkat desa/ kelurahan dengan tujuan menggerakkan masyarakat dalam program PSN 3M plus. Apabila terdapat kasus terkonfirmasi maka pelaporan dilakukan secara berjenjang dan pihak puskesmas akan melakukan penyelidikan epidemiologi untuk menentukan tindakan selanjutnya. Apabila terjadi KLB, Kementerian Kesehatan akan melakukan koordinasi Respon Peningkatan Kasus dan KLB Dengue.

**d. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi**

Pelaksanaan POPM filariasis pada 20 kabupaten/kota yang masih melaksanakan POPM filariasis pada seluruh penduduk usia >2 tahun mulai bulan Agustus 2025 secara optimal sehingga dapat mencapai cakupan >65%

**e. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria**

Peningkatan jejaring layanan dengan penunjukan faskes rujukan di setiap Kabupaten/Kota terutama di daerah endemis rendah dan eliminasi. Selain itu juga dengan *publik private mix* (PPM) terkait kegiatan penemuan, pengobatan dan pelaporan pada SISMAL dengan pelibatan peran swasta. Layanan kesehatan di program malaria juga melibatkan peran serta kader yang terlatih untuk dapat melakukan penemuan kasus di daerah yang sulit dijangkau oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

**f. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

Memperluas cakupan kegiatan penemuan kasus kusta secara aktif dan berkelanjutan serta inisiasi dan keberlanjutan implementasi kemoprofilaksis terhadap kontak kusta. Integrasi skrining kusta dengan CKG serta mandatory skrining kusta di fasyankes. Pilot di lima kabupaten/kota, yaitu Kab. Tegal, Kab. Jember, Kab. Sampang, Kota Makassar dan Kota Jayapura bulan Juli 2025. 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 3 tahun terakhir. Jejaring layanan dengan Labkesmas empat wilayah (Sulawesi, NTT, Maluku dan Papua) untuk pemeriksaan penunjang P2 kusta (pemeriksaan alergi dapsone dan konfirmasi frambusia).

**4. Pemenuhan kebutuhan alat dan bahan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular**

**a. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi**

Penyediaan bahan pencegahan dan pengendalian schistosomiasis berupa bahan survei prevalensi schistosomiasis pada manusia.

**b. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies**

Untuk mendukung upaya pencegahan dan pengendalian rabies pada manusia maka dilakukan pemberian regimenguna mencegah rabies dengan membentuk antibodi terhadap virus rabies. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan melalui Ditjen Farmalkes berkoordinasi dengan Ditjen Penanggulangan Penyakit menyediakan vaksin anti rabies (VAR) dan serum anti rabies (SAR).

**c. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden rate DBD  $\leq$  10 per 100.000 penduduk**

Penyediaan alat dan bahan kesehatan pencegahan dan pengendalian DBD dan arbovirosis lainnya diantaranya berupa penyediaan telur wolbachia dan pakannya, larvasida DBD, insektisida DBD, RDT DBD Combo serta RDT

Chikungunya (masih menunggu arahan pimpinan terkait adanya efisiensi anggaran).

**d. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi**

Penyediaan alat dan bahan kesehatan pencegahan dan pengendalian filariasis dan kecacingan berupa penyediaan alat dan bahan deteksi dini filariasis. Bahan deteksi dini filariasis ini meliputi RDT Brugia rapid, FTS Filariasis dan lancet serta pengiriman obat dan logistik lainnya.

**e. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria**

Penyediaan alat dan bahan kesehatan pencegahan dan pengendalian malaria di antaranya berupa penyediaan bahan diagnostik malaria (RDT combo malaria dan bahan pemeriksaan malaria) dan penyediaan bahan pengendalian vektor malaria (larvasida, insektisida malaria dan kelambu anti nyamuk malaria) serta distribusi logistik malaria.

**f. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

Sebagai upaya pencegahan dan pengendalian kusta, Kementerian Kesehatan menyediakan obat MDT yang bersumber dana APBN dan hibah luar negeri.

**5. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program**

**a. Jumlah kabupaten/kota dengan insiden**

rate DBD  $\leq 10$  per 100.000 penduduk

- Workshop deteksi dini dengue bagi pengelola program.
- Workshop implementasi *pilot project wolbachia*.

**b. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi**

- Workshop manajemen kasus kronis filariasis.

**c. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria**

- On the Job Training Mikroskopis Malaria dan workshop sosialisasi pencatatan dan pelaporan SISMAL-SMILE.

**d. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta**

Mendata kembali pengelola program, dokter, dan analis laboratorium rujukan kabupaten/kota/provinsi yang belum mengikuti pelatihan program P2 kusta nasional sebagai data dukung perencanaan kegiatan peningkatan kapasitas bagi tenaga tersebut. Sosialisasi ke provinsi/kabupaten/kota/fasyankes secara berjenjang, penyempurnaan sistem serta mengawal integrasi dengan Satu Data Kesehatan. Sosialisasi kebijakan penggunaan *Uniform MDT* kepada provinsi/kabupaten/kota hingga fasyankes.

**e. Kabupaten/kota eliminasi rabies**

Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di fasyankes dengan sosialisasi tatalaksana kasus GHPR secara daring tanggal 17-18 Maret 2025 untuk pengelola program dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota Puskesmas, tenaga medis di Puskesmas dan Rumah Sakit.

**6. Peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat.**

Peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat dilakukan melalui kegiatan promosi kesehatan tentang pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Selain itu, ketersediaan media KIE sangat penting dalam pencapaian program. Khusus pada program malaria sudah terdapat web yaitu *malaria.kemkes.go.id* sebagai media update kasus yang terintegrasi dengan SISMAL dan media sosialisasi lainnya seperti pedoman, juknis, banner, lembar balik dan media informasi lainnya yang dapat diakses secara umum. Dengan meningkatnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat diharapkan stigma dan diskriminasi yang telah ada di masyarakat dapat menurun.

### 3.1.11 Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia >18 tahun

Obesitas telah menjadi masalah global yang berdampak pada 2 miliar penduduk dunia dan mengancam kesehatan masyarakat termasuk di Indonesia. Pada tahun 2030 diperkirakan 1 dari 5 wanita dan 1 dari 7 pria akan hidup dengan obesitas (setara dengan lebih dari 1 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 indeks massa tubuh (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).

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

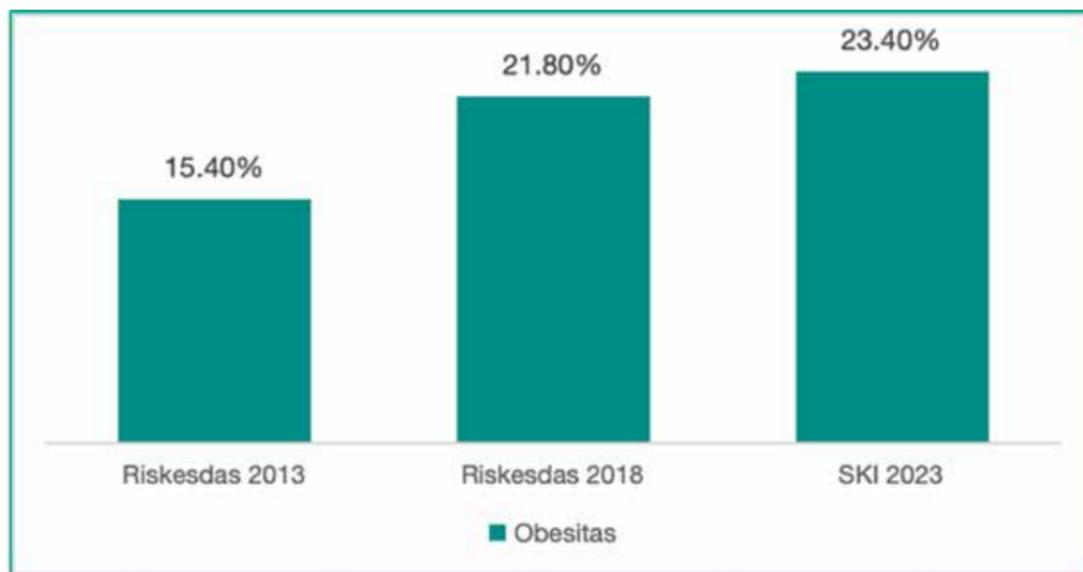
Definisi Operasional Indikator prevalensi obesitas pada penduduk usia  $\geq 18$  tahun adalah kasus obesitas pada penduduk usia  $\geq 18$  tahun dengan kategori IMT  $> 27$  pada periode tertentu. Indikator ini dihitung dari jumlah penduduk usia  $\geq 18$  tahun dengan IMT  $> 27$  dibagi dengan total penduduk usia  $\geq 18$  tahun dikali 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 3.30

Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia  $\geq 18$  tahun pada Semester I Tahun 2025



Sumber data: Riskesdas 2013, Riskesdas 2018 dan SKI 2023

Grafik di atas menunjukkan dari 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 seperti berikut:

Prevalensi obesitas idealnya diperoleh dari data survei, tapi karena tahun 2021–2022 belum dilakukan survei maka data yang digunakan adalah data rutin. Data rutin prevalensi obesitas diperoleh dari data Aplikasi Sehat Indonesia Ku (ASIK). Tahun 2023 dilakukan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) dan diperoleh Prevalensi Obesitas sebesar 23,4%. Tahun 2024–2025 tidak dilakukan lagi survei untuk menghitung prevalensi obesitas sehingga data capaian yang dipergunakan adalah hasil survei 2023

Grafik 3.31

Target dan Capaian Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia  $\geq 18$  tahun Semester I Tahun 2025



Sumber data: Data ASIK 2021–2025 dan SKI 2023

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

yakni sebesar 23.4%. Meskipun demikian dilakukan juga perhitungan prevalensi obesitas berdasarkan data ASIK yang menunjukkan capaian olahan data rutin selama tahun 2021–2025 telah mencapai target setiap tahunnya. Data ASIK tahun 2021–2025 menunjukkan capaian yang melebihi target dengan gap yang besar, meskipun demikian perlu dilakukan perhitungan lebih lanjut karena 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.

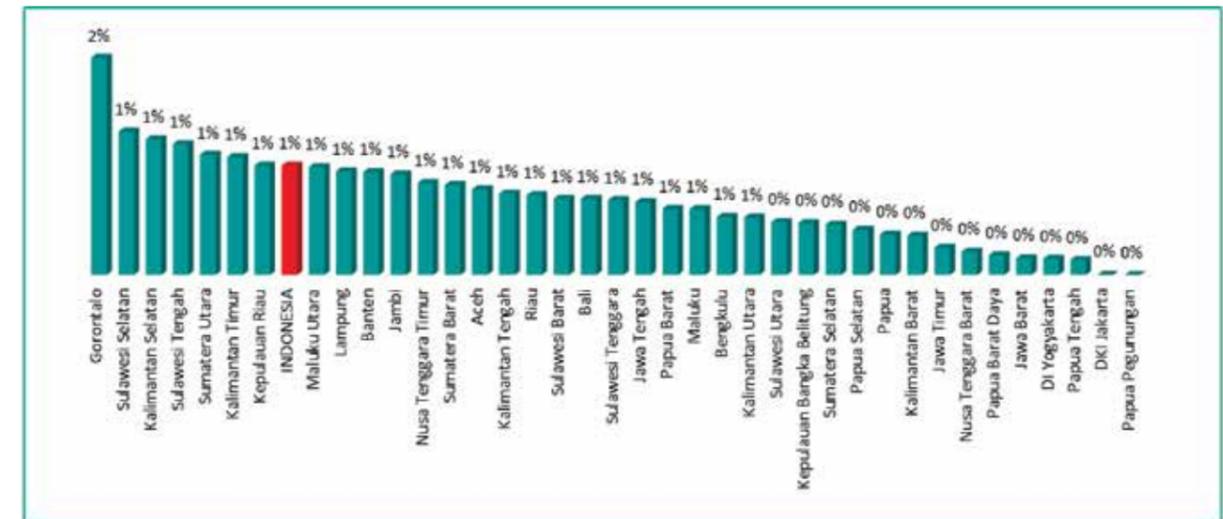
Skrining obesitas merupakan langkah awal dalam upaya promotif dan preventif, dengan melakukan pengukuran indeks massa tubuh (IMT), lingkar perut, dan parameter lainnya untuk mengidentifikasi individu dengan risiko berat badan berlebih. Kegiatan ini sangat relevan untuk dilaksanakan secara rutin di berbagai level pelayanan kesehatan, terutama di Puskesmas dan Posyandu, serta pada kelompok rentan

seperti anak-anak sekolah, remaja, dan orang dewasa usia produktif.

Berdasarkan data capaian pada Semester I 2025 didapatkan bahwa jumlah orang yang telah dideteksi dini hingga awal bulan April 2025 sebanyak 9.573.727 atau sekitar 5% dari total sasaran sebesar 204.462.129. Dari jumlah orang yang telah dideteksi dini ditemukan sebanyak 1.132.532 yang dikategorikan sebagai penderita Obesitas (IMT >27). Berdasarkan hasil skrining telah dihitung prevalensi obesitas sesuai dengan data ASIK, capaian per provinsi sebagai berikut:

Grafik 3.32

Prevalensi Obesitas >18 Tahun, Semester I Tahun 2025



Grafik di atas menunjukkan bahwa provinsi dengan prevalensi obesitas tertinggi terdapat di provinsi Gorontalo yaitu sebanyak 2%. Selain itu, masih ada provinsi yang tidak terdapat kasus obesitas namun disebabkan oleh karena masih rendahnya orang yang dideteksi dini seperti yang terjadi di beberapa provinsi.

Dalam rangka mendukung pencapaian tujuan strategis organisasi, koordinasi capaian indikator kinerja menjadi elemen krusial dalam siklus manajemen kinerja. Proses koordinasi ini dilakukan secara terpadu dan berkelanjutan antara unit perencana, unit pelaksana, serta unit pemantauan dan evaluasi guna memastikan bahwa setiap indikator Renstra dapat dicapai secara efektif dan efisien. Sepanjang periode

pelaksanaan, koordinasi dilakukan melalui forum-forum strategis seperti rapat koordinasi kinerja.

Melalui forum tersebut, dilakukan identifikasi terhadap progres capaian indikator, hambatan yang dihadapi, serta strategi percepatan yang diperlukan untuk memenuhi target yang telah ditetapkan. Selain itu dilakukan upaya lainnya yakni:

- Penguatan surveilans faktor risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) melalui sistem informasi berbasis web (SIPTM) maupun berbasis mobile (ASIK) yang merupakan sistem pelaporan PTM. Sistem pelaporan yang menunjang pelaporan indikator dioptimalkan agar

setiap unit kerja dapat menyampaikan capaian indikator secara periodik dan terstandar.

- Analisis data capaian indikator untuk melihat konsistensi antara *output* program dengan *outcome* strategis.
- Penguatan deteksi dini melalui pemanfaatan dana Bantuan Operasional Kegiatan penyelenggaraan Posbindu PTM.
- Sosialisasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) dan melaksanakan kampanye dan webinar tentang obesitas dengan sasaran masyarakat umum.

Dalam pencapaian indikator prevalensi obesitas terdapat beberapa kendala dan faktor penghambat pencapaian target antara lain:

- Kurangnya kesadaran dan edukasi masyarakat yang mengakibatkan banyaknya masyarakat yang belum menyadari pentingnya deteksi dini obesitas.
- Masyarakat masih beranggapan bahwa obesitas bukan sebuah penyakit sehingga fokus sering kali hanya pada penyakit yang sudah muncul (misalnya: diabetes dan hipertensi), bukan pada faktor risikonya.

- Terbatasnya akses ke layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil, belum optimal dalam menyediakan layanan skrining dan deteksi dini obesitas dan kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih dalam penanganan obesitas secara komprehensif.
- Gaya hidup tidak sehat seperti pola makan tinggi kalori dan rendah gizi (*fast food*, minuman manis, dsb), aktivitas fisik yang rendah karena gaya hidup sedentari (banyak duduk dan kurang bergerak) dan paparan terhadap iklan makanan tidak sehat, terutama pada anak-anak.
- Faktor sosial ekonomi yaitu masyarakat berpenghasilan rendah cenderung memiliki akses terbatas ke makanan sehat dan fasilitas olahraga.

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

- Melakukan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya deteksi dini faktor risiko PTM.
- 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.

- Melakukan advokasi dan sosialisasi yang bersifat masif dan terintegrasi dalam mendukung kegiatan Posyandu sebagai sarana sarana deteksi dini obesitas.
- 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.
- Melakukan koordinasi dengan Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (PMK), Kementerian Keuangan, Balai POM, Kementerian Koperasi, Kementerian UMKM, Kementerian Pariwisata dan Kementerian Ekonomi Kreatif khususnya tentang pentingnya makanan sehat.

### 3.1.12 Prevalensi Merokok pada Penduduk usia 10–18 tahun

Indonesia dengan jumlah penduduk yang besar merupakan pasar potensial bagi industri rokok. Pertumbuhan perokok aktif di Indonesia tidak terlepas dari industri produk tembakau yang secara gencar memasarkan produknya di kalangan masyarakat terutama anak dan remaja. Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan prevalensi merokok penduduk umur 10–18 tahun sebesar 7,4% dengan adanya peningkatan dua kali lipat pada penggunaan rokok elektronik yang mana sebelumnya sebesar 0,06% (Risikesdas 2018) menjadi 0,13% (SKI 2023). Berdasarkan data, usia mulai merokok penduduk Indonesia juga semakin tahun semakin muda dengan usia mulai merokok terbanyak adalah 15–19 tahun (56,5%) dan selanjutnya adalah 10–14 tahun (18,4%).

Persoalan perokok usia remaja merupakan ancaman besar, karena anak yang sudah mulai merokok di bawah usia 18 tahun berisiko memiliki kualitas kesehatan yang buruk. Seiring waktu, jika kebiasaan merokok tidak dihentikan, perokok remaja berpotensi mengidap kanker paru, penyakit jantung, ginjal, pembuluh darah, gangguan kesehatan reproduksi, masalah tulang dan otot, gangguan paru dan otak.

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Di Indonesia, tembakau membunuh 290 ribu orang setiap tahunnya, dan merupakan penyebab kematian terbesar akibat PTM, sebesar 59,6% mengakibatkan kanker, trakea, bronkus dan paru-paru; 59,3% mengakibatkan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK); 28,6% mengakibatkan penyakit jantung; 20,6% mengakibatkan Diabetes Melitus (DM); dan 19,7% mengakibatkan stroke (IHME, 2019).

Definisi operasional prevalensi merokok pada penduduk usia 10–18 tahun adalah perbandingan antara jumlah penduduk umur 10–18 tahun yang merokok dengan jumlah penduduk umur 10–18 tahun dalam satu tahun.

Capaian indikator ini dihitung dari persentase merokok pada penduduk usia 10–18 tahun berdasarkan hasil survei nasional dan data rutin program. Pada tahun 2020–2024, capaian indikator ini didapatkan dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) dan Survei Kesehatan Nasional (SKN). Tahun 2025, capaian indikator prevalensi merokok pada usia 10–18 tahun didapatkan berdasarkan data rutin program melalui Sehat Indonesiaku (ASIK). Hasil capaian persentase merokok pada penduduk usia 10–18 tahun berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, 2018 dan SKN 2023 adalah sebagai berikut:

Grafik 3.33

Target dan Capaian Indikator Persentase Merokok pada Penduduk Usia 10–18 Tahun sampai dengan Semester I Tahun 2025



Sumber Data: (1) Riskesdas, 2013; (2) Sirkesnas, 2016; (3) Riskesdas, 2018; (4) SKN, 2023; dan (5) ASIK-PTM per Mei 2025

Grafik di atas menunjukkan terjadi peningkatan persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun dari mulai 7,2% pada tahun 2013, menjadi 8,8% pada tahun 2016, dan 9,1% pada tahun 2018. Namun, pada tahun 2023, berdasarkan hasil SKN tahun 2023, terjadi penurunan menjadi 7,4%. Pada tahun 2025, berdasarkan data persentase yang bersumber dari Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK) hingga bulan April 2025, menunjukkan bahwa capaian persentase merokok pada penduduk usia 10–18 tahun sebesar 5,2%.

Data ini adalah data skrining faktor risiko PTM yang dilakukan oleh Puskesmas yang diinput ke dalam ASIK mobile. Jumlah seluruh peserta skrining faktor risiko PTM yang telah diinput dalam ASIK per 31 Mei 2025 sebanyak 7.746.216 jiwa, dan 6,1% dari seluruh peserta ini adalah anak-remaja usia 10–18 tahun (472.004 jiwa) yang juga di wawancara terkait perilaku merokok. Persentase perokok usia 10–18 tahun berdasarkan data ASIK per Provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

Tabel 3.13

Persentase Merokok Penduduk Usia 10–18 Tahun Berdasarkan Data ASIK Semester I Tahun 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	5,0
10	Kep. Riau	6,5
11	DKI Jakarta	4,8
12	Jawa Barat	10,2
13	Jawa Tengah	5,8

**BAB III**  
**AKUNTABILITAS KINERJA**

No	Provinsi	Persentase
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
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
	<b>INDONESIA</b>	<b>7,2</b>

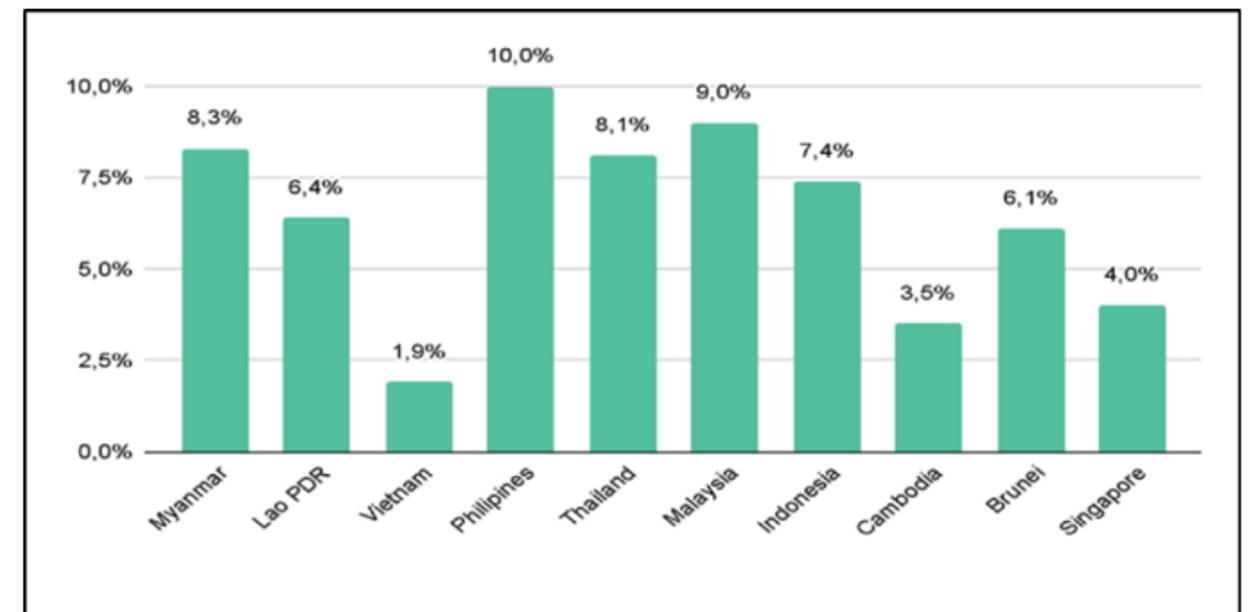
Sumber Data: ASIK, 2025

Tabel di atas menunjukkan bahwa persentase merokok penduduk usia 10–18 tahun tertinggi di Provinsi Papua Pegunungan (33.3%), Papua Selatan (22.5%) dan Papua Barat Daya (12%). Selain di Indonesia, diperoleh data perbandingan perokok anak dan remaja di beberapa negara. Perbandingan angka perokok anak dan remaja usia 13–15 tahun di negara-negara ASEAN sebagian besar menggunakan sumber data Global Youth Tobacco Survey (GYTS), tapi beberapa negara menggunakan

sumber data dan kelompok umur yang berbeda, seperti Indonesia (10–18 tahun), Malaysia (13–17 tahun) dan Singapura (13–20 tahun). Pada kelompok usia 13–15 tahun, negara dengan prevalensi perokok tertinggi adalah Filipina sebesar 10%. Namun, jika dibandingkan dengan jumlah penduduk maka Indonesia adalah negara dengan jumlah perokok anak dan remaja tertinggi berdasarkan angka absolut. Secara lengkap dalam grafik berikut ini:

**Grafik 3.34**

**Prevalensi Merokok pada Anak dan Remaja di Negara ASEAN Tahun 2024**



Sumber Data: Tobacco Atlas 6th Edition, 2024

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

**1. Penguatan regulasi melalui PP Nomor 28 Tahun 2024 yang mengatur lebih ketat terkait:**

- a. Larangan penjualan pada penduduk dibawah usia 21 tahun dan ibu hamil, secara eceran per batang, radius 200 meter dari tempat belajar mengajar dan tempat bermain anak, melalui mesin layan diri, dan aplikasi elektronik komersial.
- b. Larangan iklan, promosi dan sponsor produk tembakau dan rokok elektronik di media sosial berbasis digital, situs web dan aplikasi elektronik komersial.
- c. Pengaturan batas maksimal kadar nikotin dan tar produk tembakau dan rokok elektronik dan penetapan bahan tambahan yang berbahaya pada produk tembakau dan rokok elektronik.

**2. Implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR).**

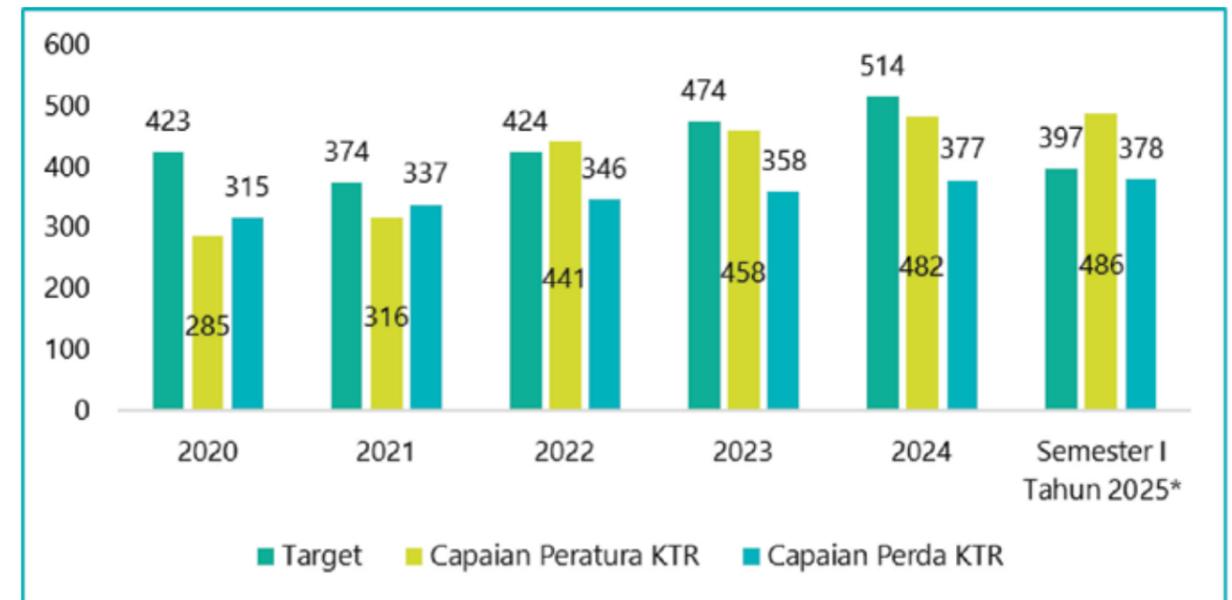
**3. Optimalisasi Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM).**

**4. Pengaturan pencantuman pesan dan peringatan kesehatan pada kemasan produk tembakau dan rokok elektronik.**

Capaian penurunan angka perokok dapat dibandingkan dengan capaian strategi pengendalian konsumsi tembakau lainnya yang juga menjadi indikator kinerja Renstra Kementerian Kesehatan, yaitu penerapan KTR:

**Grafik 3.35**

**Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Menerapkan KTR Tahun 2020 – Semester I 2025**



Sumber Data: Direktorat P2PTM, Juni 2025  
\*Target indikator KTR sesuai Renstra Kemenkes tahun 2025–2029

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah area atau ruangan yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau. Tujuan utama KTR adalah untuk melindungi masyarakat, terutama non-perokok, dari dampak negatif asap rokok. Grafik di atas menunjukkan capaian indikator KTR tahun 2020–2024 adalah sebanyak 482 kabupaten/kota menerapkan KTR (93,8%) pada tahun 2024 dengan dasar telah menetapkan regulasi KTR berupa

Peraturan Daerah dan/atau Peraturan Kepala Daerah (Peraturan Bupati/ Walikota). Pada tahun 2025, Pemerintah Daerah ditugaskan untuk menetapkan Peraturan Daerah KTR sesuai UU Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Kesehatan. Sebanyak 378 kabupaten/kota telah menetapkan Perda KTR atau 95,2% dari target. Diperlukan upaya bersama dari semua komponen/unsur baik pemerintah, swasta, organisasi masyarakat, tokoh masyarakat, dan tokoh agama untuk mendukung penerapan KTR melalui berbagai

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

kegiatan yang lebih produktif bagi anak-remaja dan edukasi secara berkelanjutan. Daerah-daerah yang telah berhasil dalam penerapan KTR perlu mendapatkan apresiasi sebagai pemicu bagi daerah lain untuk ikut serta mengembangkan penerapan KTR di wilayahnya.

Layanan konseling berhenti merokok adalah upaya promotif dan preventif dalam membantuperokok untukberhenti merokok dan mengatasi gejala putus nikotin di Puskesmas dan melalui layanan Quitline. INA. Capaian layanan UBM sebagai berikut:

Grafik di atas menunjukkan selama tahun 2020–2024, capaian terus meningkat setiap tahunnya. Namun, pada akhir tahun 2024 tidak mencapai target sebesar 350 kabupaten/kota tercapai 340 kabupaten/kota atau sebesar 97,1%. Ketersediaan SDM dan anggaran di masing-masing daerah perlu diperkuat dan perlu ada komitmen bersama untuk mewujudkan layanan UBM sebagai salah satu upaya dalam menurunkan prevalensi perokok pada penduduk usia 10–18 tahun. Pada tahun 2025, target layanan UBM ditingkatkan menjadi

minimal 50% Puskesmas di 276 kabupaten/kota, namun capaiannya belum tersedia dikarenakan sistem pencatatan dan pelaporannya yang belum tersedia.

Bila capaian indikator prevalensi perokok pada penduduk usia 10–18 tahun dibandingkan dengan capaian indikator implementasi KTR dan layanan UBM, maka prevalensi perokok pada penduduk usia 10–21 tahun dapat terus menurun jika KTR dapat diimplementasikan secara optimal dan akses serta efektivitas layanan UBM dapat tercapai. Analisis keberhasilan pencapaian tersebut adalah sebagai berikut:

1. Komitmen dan dukungan kepala daerah dalam pengendalian konsumsi rokok di masing-masing daerah melalui penerapan praktik baik KTR.
2. Integrasi program skrining dan deteksi dini faktor risiko merokok.
3. Penguatan regulasi dan NSPK dalam rangka pengendalian konsumsi produk tembakau dan rokok elektronik sebagai pedoman dan acuan pemerintah daerah.
4. Peningkatan kapasitas SDM dan pemerintah daerah untuk menunjang pelaksanaan kegiatan pengendalian konsumsi produk tembakau dan rokok elektronik.

5. Koordinasi dan dukungan kementerian/ lembaga terkait dan jejaring pengendalian tembakau.

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

**1. Peningkatan skrining PTM dan faktor risiko PTM terintegrasi dengan Cek Kesehatan Gratis (CKG), meliputi:**

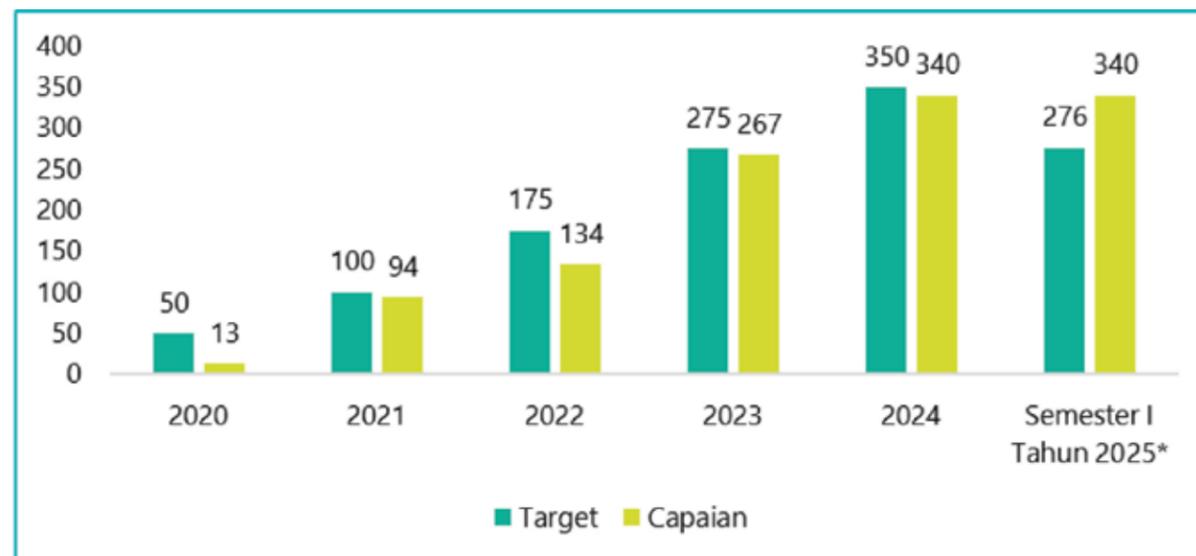
- a. Skrining perilaku merokok anak dan remaja usia 10 - 21 tahun di satuan pendidikan terintegrasi dengan CKG anak sekolah dan komunitas
- b. Skrining PPOK pada penduduk laki-laki usia > 40 tahun dan kanker paru pada usia 45–70 tahun yang merokok dan/atau memiliki riwayat kanker.

**2. Penguatan kebijakan pengendalian konsumsi produk tembakau dan rokok elektronik amanah PP nomor 28 tahun 2024 melalui:**

- a. Pembahasan draf Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencantuman Pesan dan Peringatan Kesehatan pada Kemasan Produk Tembakau dan Rokok Elektronik.

Grafik 3.36

Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Menyelenggarakan Layanan UBM Tahun 2020–Semester I 2025



Sumber Data: Direktorat P2PTM, Desember 2024  
\*Target indikator KTR sesuai Renstra Kemenkes tahun 2025–2029

- b. Pembahasan pengaturan batas kadar maksimal nikotin dan tar dikoordinir oleh Kementerian Koordinator PMK.
- c. Pembahasan draf rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penetapan Bahan Tambahan yang Berbahaya.
- d. Penyusunan Petunjuk Teknis Pengawasan Iklan, Promosi dan Sponsor Produk Tembakau dan Rokok elektronik di Media Sosial Berbasis Digital, Situs Web dan Aplikasi Elektronik Komersial.

**3. Sosialisasi PP No. 28 Tahun 2024 terkait Kawasan Tanpa Rokok bersama Kementerian Dalam Negeri bekerjasama dengan jejaring pengendalian tembakau pada tanggal 12 Juni 2025**

**4. Peningkatan kapasitas penerapan Kawasan Tanpa Rokok dan advokasi larangan iklan, promosi dan sponsor rokok untuk seluruh kabupaten/kota di Provinsi Banten pada bekerjasama dengan WHO pada 11–14 Juni 2025.**

**5. Penguatan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) melalui:**

- a. Meningkatkan kualitas layanan UBM di Puskesmas dan jumlah minimal Puskesmas yang memiliki layanan UBM dari > 40% menjadi > 50% di kabupaten/kota pada target indikator Renstra 2025–2029.
  - b. Surat Edaran Direktur Jenderal Nomor TM.04.01/C/417/2025 tentang Upaya Percepatan Capaian Program Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok Bagi Kesehatan melalui program Skrining Perilaku Merokok Anak dan Remaja dan program Layanan UBM di Puskesmas.
  - c. Penyusunan konsep Nasihat Singkat Berhenti Merokok oleh konsultan berupa buku saku dan leaflet sebagai upaya peningkatan akses layanan UBM di Puskesmas terintegrasi dengan alur layanan Puskesmas.
  - d. Keberlanjutan layanan Quitline INA Berhenti Merokok, layanan mulai beroperasi bulan Juni 2025.
- 6. Penyusunan rancangan Petunjuk Teknis pemanfaatan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) untuk penguatan layanan UBM di daerah dengan Biro Perencanaan dan Anggaran dan lintas program di Kemenkes berkoordinasi dengan Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan.**

**7. Kolaborasi penguatan implementasi KTR di daerah melalui Kabupaten/Kota Sehat (KKS) dan Kabupaten/Kota Layak Anak (KLA)**

**8. Penyediaan dukungan anggaran DAK nonfisik tahun 2025 untuk pengendalian konsumsi rokok di daerah, berupa pelatihan konseling UBM dan follow up klien layanan UBM.**

Dalam pelaksanaan kegiatan KTR dan UBM serta upaya pencapaian penurunan perokok ditemukan kendala dan permasalahan yakni:

- 1. Belum optimalnya penerapan kebijakan UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang–Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan bagian Pengamanan Zat Adiktif berupa Produk tembakau dan Rokok Elektronik, terutama karena tingginya penolakan dari sektor industri.

2. Masih lemahnya komitmen pemerintah daerah dalam menetapkan dan menerapkan kebijakan KTR. Sampai dengan Juni 2025, masih ada 137 kabupaten/kota belum memiliki Peraturan Daerah dan 28 kabupaten/kota belum sama sekali memiliki regulasi KTR. Kepatuhan penerapan KTR di masing–masing daerah belum mencapai 100% di setiap tatanan KTR karena belum optimalnya pengawasan oleh Satuan Tugas Pengawas Implementasi KTR.

3. Masih minimnya kabupaten/kota (< 30) yang menerapkan praktik baik implementasi KTR larangan total iklan, promosi dan sponsor rokok.

4. Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK) belum optimal menyediakan data capaian skrining PTM dan faktor risiko PTM

5. Sistem pencatatan pelaporan melalui aplikasi mobile KTR tidak dapat digunakan sejak awal Januari 2025 dikarenakan perlu update dan tidak ada biaya pemeliharaan, sedangkan Dashboard eMonev KTR tidak dapat digunakan sejak 5 Mei 2025 karena terindikasi terkena serangan cyber crime.

6. Sistem pencatatan pelaporan layanan UBM yang semula menggunakan Sistem Informasi PTM tidak beroperasi lagi dan sistem cadangan melalui formulir *offline* di aplikasi ASIK belum disediakan *dashboard*-nya.
7. Kurangnya anggaran untuk operasional layanan Quitline sehingga layanan baru dimulai bulan Juni 2025.
8. Masifnya iklan, promosi dan sponsor produk tembakau dan rokok elektronik di berbagai media yang menargetkan anak dan remaja sebagai konsumen masa depan.

Upaya pemecahan masalah yang dilakukan sebagai berikut:

1. Sosialisasi Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan kepada kementerian/lembaga, pemerintah daerah, organisasi profesi, akademisi, tokoh/pemuka agama, tokoh masyarakat, para pemerhati pengendalian tembakau dan para stakeholder sesuai kewenangan kementerian/lembaga terkait.

2. Melanjutkan proses penyusunan dukungan regulasi dalam rangka implementasi PP Nomor 28 Tahun 2024 berupa:
  - a. Melakukan pembahasan lanjutan RPMK pencantuman pesan dan peringatan kesehatan pada kemasan produk tembakau dan rokok elektronik.
  - b. Finalisasi Petunjuk Teknis Pengawasan Larangan Iklan, Promosi dan Sponsor Produk Tembakau dan Rokok Elektronik di Media Sosial Berbasis Digital, Situs Web dan Aplikasi elektronik Komersial dan penetapan Kepmenkes.
  - c. Melakukan kajian bahan tambahan yang berbahaya pada produk tembakau dan rokok elektronik dan ditetapkan melalui Kepmenkes.

3. Melakukan advokasi dan sosialisasi penetapan regulasi KTR di empat kabupaten/kota yang sama sekali belum memiliki regulasi KTR atau memerlukan pendampingan proses Rancangan Peraturan Daerah KTR pada bulan Juli–Oktober 2025.

4. Peningkatan kapasitas penerapan Kawasan Tanpa Rokok dan advokasi larangan iklan, promosi dan sponsor rokok untuk seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Timur bekerjasama dengan WHO pada bulan Juli 2025.
5. Melakukan uji coba draf Buku Saku Nasihat Singkat Berhenti Merokok kepada tenaga kesehatan Puskesmas dan praktik uji coba pemberian Nasihat Singkat Berhenti Merokok terintegrasi dengan alur layanan Puskesmas di empat lokasi, yaitu Provinsi DKI Jakarta, Kota Surabaya (Jawa Timur), Kota Bekasi dan Kota Depok (Jawa Barat) pada bulan Juli 2025.
6. Melakukan peningkatan fitur pencatatan dan pelaporan implementasi KTR melalui eMonev KTR berbasis web maupun aplikasi menyesuaikan dengan pengaturan PP Nomor 28 tahun 2024 bekerja sama dengan WHO pada bulan Juli–Desember 2025.
7. Melakukan monitoring evaluasi layanan UBM di enam kabupaten/kota yang belum mencapai > 50% Puskesmas menyelenggarakan layanan UBM pada bulan Agustus–November 2025.

8. Pelibatan anak dan remaja di wilayah Provinsi DKI Jakarta dalam kampanye generasi muda sehat tanpa rokok bekerja sama dengan WHO, UNICEF dan jejaring pengendalian tembakau pada bulan Juli 2025.
9. Penyusunan peta jalan pengendalian dampak konsumsi tembakau terhadap kesehatan menyesuaikan PP Nomor 28 tahun 2024 dan target RPJMN serta Renstra 2025–2029.
10. Revisi Petunjuk Teknis KTR menyesuaikan kebijakan baru sesuai PP Nomor 28 tahun 2024 pada bulan September–Desember 2025.
11. Melakukan uji coba farmakoterapi layanan UBM bersama organisasi Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) di 10 Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta dan Kota Bogor, Jawa Barat pada bulan September–Desember 2025.

### 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 memfokuskan kepada 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 pada Renstra Tahun 2020–2024 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%. Pada Tahun 2025, setelah disahkannya Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025–2029, indikator Kabupaten/Kota Sehat yang semula pada tahun 2022–2024 sebagai Indikator Sasaran Strategis (ISS) berubah menjadi Indikator Kinerja Program (IKP) di RPJMN 2025–2029 dengan penyesuaian dalam definisi operasional dan cara perhitungan. Dengan menggunakan definisi operasional dan cara perhitungan yang lama dalam Renstra 2020–2024 capaian indikator jumlah Kabupaten/Kota Sehat sebanyak 422

kabupaten/kota dari target 420 kabupaten/kota atau dengan kinerja 100,5%. Bila dibandingkan dengan target dan capaian tahun 2020–2025 sebagai berikut:

yang ditetapkan pada tahun 2025 sebesar 182 kabupaten/kota dengan capaian sampai Semester I Tahun 2025 sebesar 10 kabupaten/kota atau sebesar 5,49%. Adapun kabupaten/

Grafik 3.37

Target dan Capaian Jumlah Kabupaten/Kota Sehat Tahun 2020–Semester I Tahun 2025



Definisi operasional jumlah Kabupaten/ Kota Sehat pada RPJMN Tahun 2025–2029 dan draft Renstra Tahun 2025–2029 mengalami perubahan dari definisi operasional sebelumnya. Yakni kabupaten/kota dengan capaian nilai minimal 70% untuk setiap tatanan KKS, dengan cara perhitungan jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan capaian nilai minimal 70% untuk setiap tatanan Kabupaten Kota Sehat (KKS). Dengan definisi operasional yang baru ini target

kota yang telah mencapai berasal dari Provinsi Sumatera Barat, yaitu Kabupaten Pesisir Selatan, Kabupaten Sijunjung, Kabupaten Tanah Datar, Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Lima Puluh Kota, Kabupaten Dharmasraya, Kota Padang, Kota Padang Panjang, Kota Payakumbuh dan Kota Pariaman

Berbagai kegiatan dilakukan untuk mencapai target indikator antaralain:

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 antaralain:

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 sumberdaya;
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;

3. Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pencapaian indikator KKS.

### 3.1.14 Persentase Kabupaten/Kota dengan SPA Puskesmas yang Memenuhi Standar

Pusat Kesehatan Masyarakat atau disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Seperti termuat dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 dinyatakan bahwa adanya keharusan bagi puskesmas untuk memenuhi standar sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dinyatakan dalam persyaratan pendirian dan pengembangan suatu Puskesmas. Sebagai tindak lanjutnya dalam permenkes tersebut juga mengisyaratkan adanya suatu kewajiban untuk melakukan upaya pemeliharaan, perawatan dan pemeriksaan secara berkala bagi sarana, prasarana dan alat agar tetap layak pakai dan fungsi. Melalui upaya tersebut Puskesmas diharapkan mampu memberikan pelayanan

yang lebih baik dan bermutu untuk masyarakat melalui kesiapan sarana prasarana dan alat kesehatan yang memenuhi standar pelayanan, keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja.

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 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 sarana prasarana dan alat kesehatan 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.

**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) Perkenkes No. 43 Tahun 2019**

**1. Definisi Operasional**

Definisi operasional indikator adalah persentase kabupaten/kota dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas di wilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK.

**2. Cara Perhitungan**

Jumlah kabupaten/kota dengan rata-rata pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (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%.

$$\frac{\text{Jumlah kabupaten/kota dengan rata-rata pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (SPA) puskesmas minimal 60% berdasarkan data ASPAK}}{\text{Total Jumlah kabupaten/kota (514 kabupaten/kota)*}} \times 100\%$$

**3. Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target**

**a. Pelaksana Kegiatan**

Penanggung jawab dari indikator ini adalah Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Primer

**b. Metode Pelaksanaan**

Pencapaian indikator Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar dengan cara mengolah data pemenuhan SPA Puskesmas dari ASPAK

**c. Jenis Kegiatan**

Jenis Kegiatan untuk dapat mencapai target indikator Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar dilaksanakan melalui:

**1) Pembinaan dan Pengawasan Pemenuhan**

**SPA Puskesmas**

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

**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 daerah-daerah yang mengalami kendala dalam hal proses pemenuhan SPA melalui DAK, penentuan jadwal kegiatan serta penyusunan instrumen pendukung.

**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 lokasi 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 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 lokasi yang terkendala. 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 lokasi yang terkendala. 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 (SPA) 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 penyusunan SK, penentuan jadwal kegiatan, penentuan metode kegiatan dan penyusunan instrumen pendukung. Kegiatan ini dilakukan dengan melibatkan Dinas Kabupaten/Kota dan Dinkes 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 dengan melibatkan lintas sektor yang terkait dengan ASPAK. Pertemuan ini juga melibatkan Dinkes Dinas Kabupaten/Kota dan Dinkes 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 pertemuan ini adalah staf Direktorat Fasyankes, lintas program dengan melibatkan narasumber yang terkait dengan ASPAK.

**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 daerah untuk melaksanakan kegiatan pemenuhan secara tepat, cepat dan sesuai dengan aturan. Kegiatan Koordinasi Pemenuhan SPA di Puskesmas dilaksanakan untuk meningkatkan efisiensi dan eektivitas pelaksanaan kegiatan pemenuhan standar SPA di Puskesmas.

Kegiatan ini termasuk kegiatan yang direvisi karena perubahan arah kebijakan program di Kementerian Kesehatan yaitu terkait Transformasi Sistem Kesehatan, kegiatan ini terdiri dari beberapa kegiatan. Targetnya adalah penerima alokasi DAK Fisik Dasar tahun 2024 yaitu 514 Dinkes Kabupaten/Kota dan 38 provinsi. Kegiatan tersebut meliputi:

**a. Koordinasi di Pusat**

Dilakukan secara online yang bertujuan untuk melakukan koordinasi dengan semua unit yang terkait dengan pemenuhan SPA melalui DAK.

**b. Koordinasi di Daerah**

Dilakukan secara *hybrid* 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.

Berbagai kegiatan dilakukan untuk mencapai target indikator antara lain:

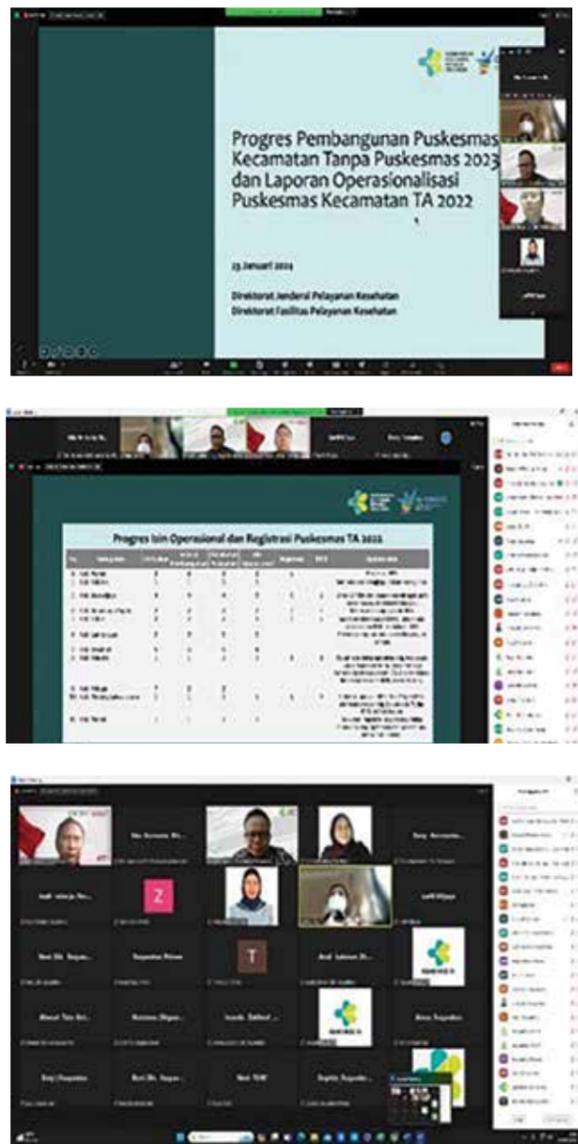
**1) Melakukan Monitoring Supervisi Pembangunan Infrastruktur Puskesmas Prototipe Modern**

**a. Pelaksanaan Monev Secara Daring**

Kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan dengan 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 3.4**

**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 dengan juknis dan Permenkes terkait, serta memberikan arahan serta bimbingan terkait proses pelaksanaan pembangunan.

**2) Memberikan Pembinaan dan Pengawasan Pukesmas dalam Rangka Pembangunan Infrastruktur Prototipe Puskesmas Modern melalui Anggaran DAK**

**a. Pendampingan Secara Daring**

Kegiatan ini merupakan pertemuan koordinasi dengan sasaran kabupaten/kota penerima DAK tahun 2024 yang dilakukan secara daring. Tujuan kegiatan untuk mengidentifikasi permasalahan di lokasi prioritas pembangunan Puskesmas di kecamatan tanpa Puskesmas. Pertemuan ini melibatkan lintas program yaitu dari Biro Perencanaan, Ditjen Tenaga Kesehatan, Setditjen Yankes, dan lintas sektor seperti dari Kemenkeu, Kemendagri, Bappenas, serta Dinkes Provinsi dan Kabupaten/Kota yang menjadi lokasi pembangunan Puskesmas di kecamatan tanpa Puskesmas.

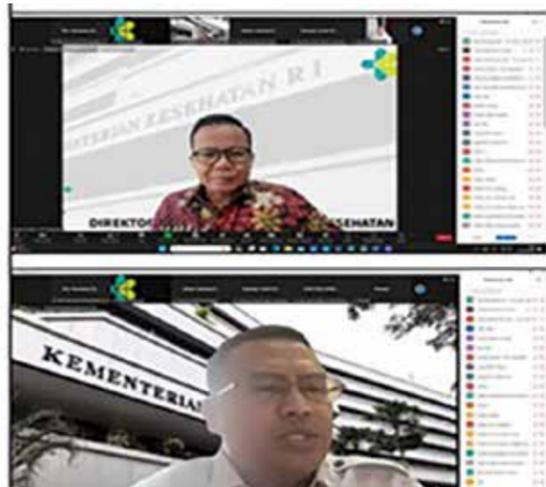
**Gambar 3.5**

**Kunjungan Langsung ke Lokasi Pembangunan**



Gambar 3.6

Pendampingan Secara Daring



b. Kunjungan ke Lapangan

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

4. Pencapaian Kinerja

Berikut tabel realisasi tahun 2024 untuk indikator persentase kabupaten/kota dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

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 sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standar atau sebesar 100% pencapaian target diharapkan dapat tercapai mengingat sudah dilakukan berbagai Upaya salah satunya dengan pemenuhan SPA di Puskesmas baik melalui DAK atau sumber dana lainnya (hibah) dan juga dilakukan pendampingan pengisian ASPAK yang baik dan benar.

Gambar 3.7

Pendampingan dan Supervisi ke Lokasi Pembangunan Pembangunan Puskesmas di Kecamatan tanpa Puskesmas



Tabel 3.14

Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan SPA Puskesmas yang Memenuhi Standar

Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	Target 2024	Realisasi 2024	% Realisasi
Persentase kabupaten/kota dengan SPA Puskesmas yang memenuhi standar.	100	100	100

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

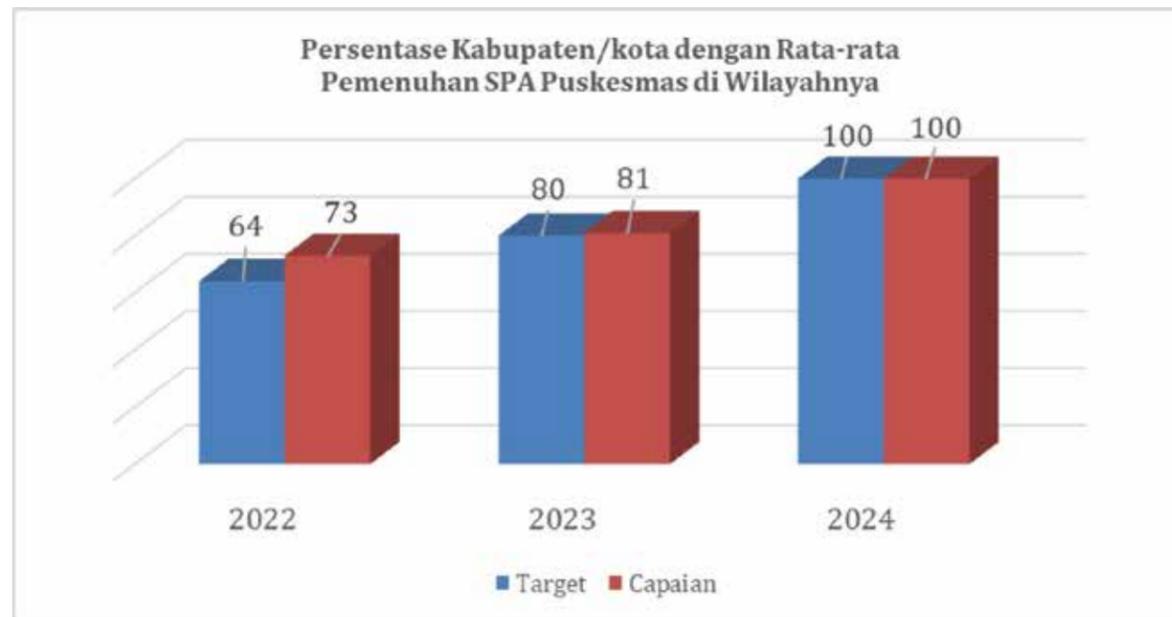
Seluruh dari 514 kabupaten/kota telah memiliki Puskesmas dengan ketersediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan di atas 60%, hal ini menunjukkan bahwa seluruh wilayah administratif Indonesia telah memiliki setidaknya satu Puskesmas yang memenuhi standar minimal SPA, mendukung upaya pemerataan akses layanan kesehatan dasar.

Realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir terlihat dalam grafik berikut:

Realisasi kinerja indikator persentase kabupaten/kota dengan SPA Puskesmas yang memenuhi standar menunjukkan tren yang sangat positif selama periode 2022–2024. Pada 2022, capaian sebesar 73% telah melampaui target 64%. Tahun 2023 menunjukkan kelanjutan capaian positif dengan realisasi 81% dari target 80%. Puncaknya, pada 2024 target 100% berhasil dicapai sepenuhnya. Artinya, seluruh 514 kabupaten/kota di Indonesia telah memiliki Puskesmas dengan ketersediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan di atas 60%.

Grafik 3.38

Persentase Kabupaten/kota dengan Rata-rata Pemenuhan SPA Puskesmas di Wilayahnya



**Dalam pelaksanaan kegiatan ditemukan beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:**

1. Beberapa puskesmas yang baru te-registrasi belum dapat mengisi data SPA pada ASPAK dengan baik dan benar.
2. Puskesmas belum melakukan pengisian SPA perolehan tahun sebelumnya ke ASPAK hal ini disebabkan karena masih ada daerah yang belum menyelesaikan proses serah terima.
3. Masih ada puskesmas yang belum melakukan update SPA pada ASPAK terkait kondisi SPA.

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

1. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota melakukan pendampingan ke Puskesmas dalam pengisian data SPA ke ASPAK dengan baik dan benar.
2. Mendorong faskes untuk melakukan update pada aplikasi ASPAK, melakukan persuratan ke seluruh fasyankes, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan 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 Kab/Kota.

Berikut analisis terhadap faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan maupun kegagalan, serta peningkatan atau penurunan kinerja dalam pelaksanaan program. Analisis melalui pendekatan SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*) pada masing-masing unsur pembentuk indikator:

Tabel 3.15

Indikator Analisis melalui Pendekatan SWOT

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)	Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
Pendampingan aktif dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/ Kota kepada Puskesmas dalam pengisian data ASPAK.	Beberapa Puskesmas baru belum mampu mengisi data SPA secara benar dan lengkap di ASPAK.	Peningkatan literasi digital petugas dan pemanfaatan sistem informasi yang makin meluas di fasyankes.	Ketertinggalan pada kesiapan administratif (misalnya serah terima) yang dapat memperlambat proses pengisian data.
Adanya inisiatif pelatihan dan peningkatan kompetensi bagi petugas ASPAK di Puskesmas dan Dinas Kesehatan.	Data SPA tahun sebelumnya belum diinput karena proses serah terima aset yang belum selesai di beberapa daerah.	Pemanfaatan forum koordinasi regional atau nasional untuk berbagi praktik baik pengisian ASPAK.	Kualitas data ASPAK yang belum merata berisiko menurunkan akurasi pemetaan SPA nasional.
Dinas kesehatan melakukan komunikasi aktif melalui surat edaran kepada seluruh fasyankes dan pemerintah daerah	Masih terdapat puskesmas yang belum melakukan update kondisi SPA terbaru di ASPAK.	Dukungan kebijakan dari pusat untuk mendorong digitalisasi dan validasi data kesehatan primer.	Pergantian petugas atau SDM di puskesmas tanpa pelatihan lanjutan dapat menyebabkan stagnasi input data.

**Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian kinerja yakni sebagai berikut:**

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 SPAnya masih di bawah 60%.

3. Adanya keterikatan pengisian data ASPAK dengan pengusulan anggaran

Sesuai dengan tugas pokok dan fungsi berdasarkan Organisasi dan Tata Kelola Kementerian Kesehatan terbaru, maka indikator ini berpindah pengampunan di Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dan Komunitas.

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.

### 3.1.15 Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar

Indikator ini mengukur persentase kabupaten/kota di mana puskesmas memiliki ketersediaan obat 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/kota yang melapor dikali seratus persen.

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 tolak ukur penting dalam menilai keberhasilan transformasi sistem kesehatan nasional adalah memastikan akses masyarakat terhadap obat-obatan esensial. Ketersediaan

$$\frac{\text{Jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 80\% puskesmas dengan ketersediaan minimal 80\% dari 40 item obat indikator}}{\text{jumlah kabupaten/kota yang melapor}} \times 100\%$$

Tabel 3.16

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar

Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	Capaian Smt 1 2025
Persentase kabupaten/kota dengan Puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar	92%	92,34%	100,37%

#### 1. Analisis Pencapaian Indikator

Salah satu strategi dalam mewujudkan pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas adalah melalui pemenuhan obat. Upaya yang telah dilakukan salah satunya dengan pemantauan obat 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 3.17 berikut:

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%. Realisasi dan capaian indikator di semester I tahun 2025 ini masih sama dengan realisasi dan capaian di akhir tahun 2024 karena indikator kinerja program ini akan digantikan dengan indikator yang komprehensif dan relevan di dalam Rencana Induk Bidang

Tabel 3.17

Daftar Obat Indikator

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/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
28	Natrium Diklofenak	Tablet

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

No	Nama Obat	Bentuk Sediaan
29	OATFDC 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

Kesehatan (RIBK) atau Rancangan Renstra Tahun 2025–2029 yakni indikator persentase fasilitas kesehatan yang memiliki obat, vaksin, dan BMHP sesuai standar. Hingga saat ini, belum ada standar nasional/internasional yang dijadikan

*benchmark* terkait “Persentase kabupaten/kota dengan Puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar”. Seperti terlihat pada grafik berikut:

Grafik 3.39

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar Semester I Tahun 2025



Sumber data: Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

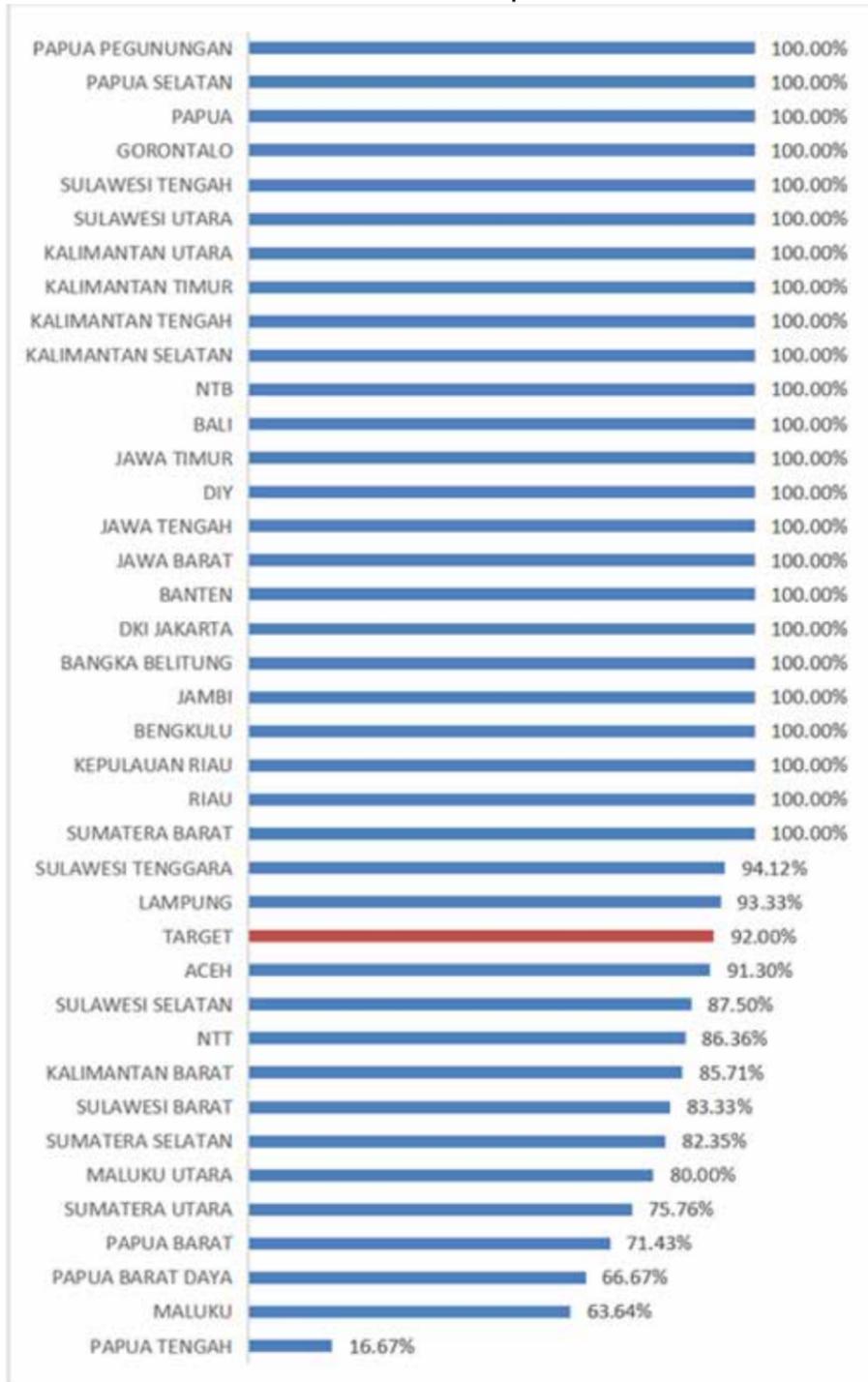
Capaian tertinggi persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar pada tahun semester 1 tahun 2025 yakni sebesar 100% yang dicapai oleh 24 (dua puluh empat) provinsi antara lain Provinsi Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara, Kalimantan Utara, Kalimantan Timur, Kalimantan Tengah, dan Kalimantan Selatan. Kemudian Provinsi Nusa Tenggara Barat, Bali, Jawa Timur, Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Barat, Banten, DKI Jakarta, Kepulauan 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

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 semester 1 tahun 2025 yakni sebesar 99,03% dari 514 kabupaten/kota di seluruh Indonesia. Seperti terlihat pada grafik berikut:

Tabel 3.18

Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar Semester I Tahun 2025 per Provinsi



Sumber data: Direktorat Jenderal Farmasi 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 tatakelola manajemen obat.

**Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah:**

- Mendorong penguatan penganggaran penyediaan obat melalui APBD oleh Pemerintah Daerah dari Kementerian Dalam Negeri.
- Mendorong pemanfaatan Dana Alokasi Umum (DAU) *Specific Grant* (SG) untuk penyediaan dan distribusi obat pelayanan kesehatan dasar.
- Mendorong optimalisasi pemanfaatan dana kapitasi oleh puskesmas dalam rangka memenuhi kebutuhan obat pelayanan kesehatan dasar.
- Monitoring dan pembinaan secara intensif kepada provinsi yang belum mencapai target nasional.

- 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.

- Mendorong daerah untuk memantau ketersediaan obat secara berjenjang.
- Mendorong percepatan pen-distribusian dan pemenuhan dari Instalasi Farmasi Pusat serta menganalisis potensi relokasi.
- Menyediakan obat *buffer stock* di Instalasi Farmasi Pusat dan Provinsi.
- Meningkatkan kapasitas SDM dalam penerapan sistem pengelolaan logistik obat.
- Perluasan penggunaan SMILEATM yang telah terimplementasi hingga tingkat puskesmas terdapat di empat provinsi yakni provinsi DI Yogyakarta, NTT, Papua dan Jawa Timur.

**Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:**

- Keterbatasan anggaran penyediaan obat pelayanan kesehatan dasar di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

- Belum optimalnya pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas sebagai anggaran utama dalam menjamin ketersediaan obat di Puskesmas.
- Beberapa Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota tidak membangun sistem *buffer* untuk mengantisipasi kekurangan obat.

**Alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi beberapa permasalahan tersebut adalah sebagai berikut:**

- Mengupayakan pemenuhan obat melalui tahapan revisi APBD-Perubahan.
- 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.

- Melakukan pendampingan dalam pengendalian ketersediaan obat melalui sistem informasi manajemen logistik di wilayah yang terindikasi memerlukan dorongan dalam capaian dan/atau kepatuhan pelaporan, serta mendapatkan gambaran pengelolaan dan dampak atas tidak tercapainya indikator ketersediaan terhadap pelayanan.

**Analisis efisiensi sumber daya yang dilakukan antara lain:**

- Hal-hal yang mendukung dalam pencapaian efisiensi penggunaan sumber daya terhadap capaian indikator persentase kabupaten/kota dengan Puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar antara lain:
- Beberapa metode pengerjaan kegiatan yang bersifat koordinasi, evaluasi, optimalisasi melibatkan lintas program, kementerian/lembaga, dan *stakeholder* lainnya dilaksanakan secara *hybrid* sehingga dapat menghemat penggunaan anggaran.
- Adanya kolaborasi dalam kegiatan-kegiatan yang mendukung pencapaian *output* program.

- Percepatan kontrak pengadaan obat dan vaksin melalui kegiatan penjaminan dan optimalisasi pengadaan obat dan vaksin.
- Pemantauan stok obat dan indikator melalui sistem informasi secara berkala sehingga pemanfaatannya menjadi lebih efisien dan *realtime*.

berjalan dibagi dengan jumlah Puskesmas dan Klinik Pratama sesuai baseline dikalikan 100%. Data FKTP yang digunakan sebagai denominator adalah jumlah FKTP pada akhir Desember 2022 (dengan penyesuaian jumlah Puskesmas pada akhir 2023) yaitu sebanyak 21.656 yang terdiri atas 10.212 Puskesmas dan 11.444 Klinik Pratama. Rumus Perhitungan Indikator Persentase FKTP Terakreditasi, adalah:

$$\frac{\text{Jumlah Puskesmas dan Klinik Pratama Terakreditasi Pada Tahun Berjalan}}{\text{Jumlah Seluruh Puskesmas Dan Klinik Pratama (Sesuai Baseline = 21.656)}} \times 100\%$$

Adapun penggunaan angka *baseline* Desember 2022 untuk capaian tahun 2024 didasarkan pada Pasal 3 Ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022

### 3.1.16 Persentase FKTP Terakreditasi

#### 1. Definisi Operasional

Persentase Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku secara kumulatif pada tahun berjalan. FKTP yang dimaksud terdiri atas Puskesmas dan Klinik Pratama.

#### 2. Cara Perhitungan

Cara penghitungan indikator ini adalah dengan menghitung jumlah Puskesmas dan Klinik Pratama yang terakreditasi pada tahun

**Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan suatu fasilitas pelayanan kesehatan setelah dilakukan penilaian bahwa fasilitas pelayanan kesehatan tersebut telah memenuhi standar akreditasi.**  
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022

tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang

menjelaskan bahwa akreditasi dilakukan paling lambat setelah Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh perizinan berusaha untuk pertama kali. Dengan demikian, FKTP yang wajib melaksanakan akreditasi pada akhir tahun 2024 merupakan FKTP yang telah teregistrasi sejak akhir tahun 2022.

**3. Rencana Aksi Untuk Mencapai Target:**

- a. Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
- b. Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- c. Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi FKTP.
- d. Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- e. Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP.
- f. Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

g. Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di FKTP.

h. Pengalokasian anggaran APBN, DAK-Nonfisik, dan dana Dekonsentrasi untuk peningkatan mutu dan percepatan akreditasi FKTP.

i. Pengembangan aplikasi mutu-fasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).

j. Melakukan percepatan survei akreditasi Puskesmas dengan kondisi khusus sesuai dengan Kepmenkes Nomor HK.02.01/Menkes/389/2024 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Pada Puskesmas dengan Kondisi Khusus oleh Kementerian Kesehatan, dimana kondisi khusus ini meliputi Puskesmas yang terletak pada daerah dengan kondisi keamanan yang tidak stabil, di wilayah pulau kecil atau gugus pulau dengan jarak tempuh ke ibu kota kabupaten lebih dari 6 (enam) jam, dan/atau rawan bencana. Puskesmas yang sulit dijangkau karena keterbatasan aksesibilitas, yaitu transportasi darat/air/udara dari dan ke ibu kota kabupaten terbatas, jarak tempuh pulang atau pergi

dari ibu kota kabupaten ke puskesmas lebih dari 6 (enam) jam, transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim dan cuaca tidak terdapat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan Puskesmas terkendala sarana komunikasi dan jaringan internet.

**4. Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target**

a. Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan melalui:

- (1). Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 Tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
- (2). Penetapan Standar Akreditasi Puskesmas (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023)
- (3). Penetapan Tarif Survei Akreditasi (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023).

(4). Penetapan Instrumen Survei Akreditasi Klinik (Kepdirjen Nomor HK.02.02/I/105/2023)

(5). Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).

(6). Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023)

(7). Penetapan Penyelenggaraan Akreditasi Pada Puskesmas dengan Kondisi Khusus oleh Kementerian Kesehatan, (Kepmenkes Nomor HK.02.01/Menkes/389/2024)

(8). Pengoordinasian kebijakan dan implementasi penyelenggaraan akreditasi FKTP dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan:

- a. Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
  - i. Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait pemenuhan ASPAK
  - ii. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK

iii. Digital Transformation Office Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.

b. Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, dan BPJS Kesehatan

c. Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi FKTP dengan asosiasi FKTP.

d. Advokasi kebijakan dan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten dengan puskesmas di daerah dengan kondisi khusus.

b. Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi FKTP melalui:

1. Penetapan kurikulum dan modul pelatihan calon surveyor akreditasi FKTP.

2. Pelaksanaan Placement Test bagi calon surveyor akreditasi memanfaatkan aplikasi Pelataran Sehat.

3. Pelaksanaan Training of Trainer (TOT) bagi calon survei akreditasi FKTP.

4. Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveyor melalui Uji Kompetensi.

c. Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan melalui:

1. Peningkatan kapasitas Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan pemahaman tentang standar akreditasi FKTP.

2. Bimbingan Teknis Akreditasi FKTP kepada Dinas Kesehatan.

3. Bimbingan Teknis Akreditasi kepada FKTP.

d. Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP melalui:

1. Pemantauan dan Evaluasi implementasi standar dan petunjuk teknis survei akreditasi di FKTP.

2. Pemantauan dan Evaluasi kepada survei akreditasi dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA).

3. Percepatan survei akreditasi FKTP oleh LPA melalui pemantauan progress pencapaian akreditasi melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

e. Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi akreditasi yang dikembangkan terintegrasi dengan sistem informasi registrasi fasilitas pelayanan kesehatan (DFO), ASPAK, SISDMK, dan sistem informasi mutu fasyankes.

f. Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di FKTP melalui:

1. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas.

2. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Klinik Pratama.

3. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Puskesmas.

4. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Klinik Pratama.

g. Pengalokasian anggaran APBN, DAK-Non Fisik, dan dana Dekonsentrasi untuk peningkatan mutu dan percepatan akreditasi FKTP.

Dukungan akreditasi Puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus dan Dekonsentrasi Kegiatan yang dilakukan dalam mendukung penilaian akreditasi yaitu dukungan alokasi anggaran untuk survei serta pemantauan mutu bagi Puskesmas

melalui DAK NF. Selain dengan anggaran DAK NF, penguatan pembinaan mutu FKTP juga dilakukan oleh Dinas Kesehatan menggunakan dana dekonsentrasi.

h. Pengembangan aplikasi mutu-fasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).

Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi mutu fasyankes terintegrasi

dengan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

**5. Pencapaian Kinerja**

Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) pada Desember 2022 adalah sebanyak 21.656 yang terdiri atas 10.212 Puskesmas dan 11.444 Klinik Pratama. Target pencapaian pada tahun 2024 adalah sebesar 100% atau 21.656 FKTP.

Pencapaian Indikator Kinerja Program Persentase FKTP Terakreditasi tahun 2024 adalah sebesar 92,51% atau 20.033 FKTP (10.021 Puskesmas dan 10.012 Klinik Pratama), sebagaimana ditampilkan pada Tabel 3.3 berikut.

**6. Analisis Capaian Kinerja**

Berdasarkan data tabel 3.18 di atas dapat disimpulkan bahwa indikator Persentase FKTP Terakreditasi belum tercapai. Hal ini mulanya disebabkan pada masa Pandemi COVID-19 terjadi penghentian sementara kegiatan yang terkait dengan akreditasi fasyankes, termasuk FKTP, yang mengacu pada SE Menteri Kesehatan Nomor 455 Tahun 2020 tentang Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).

Kemudian, sejalan dengan kondisi pandemi COVID-19 yang mulai terkendali, Kementerian Kesehatan menerbitkan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 133 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mengatur tentang penerapan kembali akreditasi fasyankes, termasuk FKTP. Namun, sesuai dengan transformasi sistem akreditasi, regulasi terkait pelaksanaan survei akreditasi belum ditetapkan seperti kebijakan mengenai penyelenggaraan akreditasi (Permenkes Nomor 34 Tahun 2022 diterbitkan pada bulan Desember tahun 2022), penetapan lembaga penyelenggara akreditasi, tarif dan standar akreditasi FKTP.

Percepatan penyelenggaraan survei akreditasi FKTP berlangsung sepanjang tahun 2023 sampai dengan 2024 dengan sejumlah tantangan seperti kendala sinyal, kurangnya jumlah SDM, letak geografis yang sukar diakses, hingga potensi gangguan keamanan pelaksanaan survei akreditasi. Pencapaian 92,51% tersebut sudah relatif tinggi dengan hanya menyisakan 191 Puskesmas yang belum terakreditasi ataupun masih dalam proses akreditasi dan 1.432 Klinik Pratama yang belum memiliki anggaran untuk akreditasi ataupun tidak memprioritaskan pelaksanaan akreditasi karena tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

**Tabel 3.19**

**Capaian Indikator Kinerja Program**

Jenis Indikator	Indikator	Target 2024	Capaian 2024	Persentase Realisasi
Indikator Kinerja Program	Persentase FKTP Terakreditasi	100% (21.656)	92.51% (20.033)	92.51%

Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

7. Analisis Capaian Kinerja Tahun 2024 Dibandingkan 2023

Tabel 3.20

Capaian Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi Tahun 2024

Judul Indikator	2023			2024		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP terakreditasi	90%	68,69%	<b>76,3%</b>	100%	92,51%	<b>92,51%</b>

Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Merujuk pada tabel di atas, meskipun target yang ditetapkan masih belum tercapai, terjadi peningkatan baik pada angka capaian maupun persentase realisasi capaian terhadap target sejak tahun 2023 hingga tahun 2024. Untuk capaian, meningkat dari 68,69% pada tahun 2023 menjadi 92,51% pada akhir tahun 2024. Sementara untuk persentase realisasi capaian terhadap target, terjadi peningkatan dari 76,3% pada tahun 2023 menjadi 92,51% pada tahun 2024. Hal ini dikarenakan terjadi percepatan akreditasi FKTP yang berlangsung sejak pertengahan tahun 2023 hingga akhir tahun 2024.

Analisis capaian kinerja dibandingkan dengan tahun 2024 didukung dengan adanya:

1. Penyempurnaan Aplikasi Mutu Fasyankes sebagai sarana pelaporan mutu dan keselamatan pasien, dengan harapan mempermudah Puskesmas dan Klinik Pratama melaporkan komitmen mutu FKTP, hasil pengukuran indikator nasional mutu dan pelaporan insiden keselamatan pasien.
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, 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.

8. Membandingkan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun Ini dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir

Pada tahun 2022 diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024. Indikator Kinerja Program FKTP Terakreditasi merupakan indikator yang baru muncul pada Permenkes No. 13 Tahun 2022 tersebut. Pada Renstra sebelumnya yang tertuang pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2020, terdapat indikator yang hampir bersesuaian yakni Persentase FKTP Sesuai Standar dengan target 46% pada tahun 2020 dan 60% pada tahun 2021.

Tabel 3.21

Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi dengan FKTP Sesuai Standar (Target & Capaian Tahun 2020–2024)

Judul Indikator	2020			2021		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP sesuai standar	46%	56,4%	<b>122,6%</b>	60%	56,4%	<b>94,0%</b>
Persentase FKTP terakreditasi						

Judul Indikator	2022			2023		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP sesuai standar						
Persentase FKTP terakreditasi	80%	56,4%	<b>70,5%</b>	90%	68,69%	<b>76,3%</b>

Judul Indikator	2024		
	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP sesuai standar			
Persentase FKTP terakreditasi	100%	92,51%	<b>92,51%</b>

Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

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% lalu meningkat pesat sejak tahun 2022 menjadi 92,51% pada akhir 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, namun dilakukan percepatan survei akreditasi FKTP yang dilaksanakan hingga penghujung tahun 2024.

### 9. Analisis Capaian Kinerja 2024 dibandingkan dengan Target Jangka Menengah RENSTRA 2020–2024:

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 Terakreditasi akhir 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.

Tabel 3.22

Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi dengan FKTP Sesuai Standar (Target & Capaian Tahun 2020–2024)

Judul Indikator	2020			2021		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP sesuai standar	46%	56,4%	<b>122,6%</b>	60%	56,4%	<b>94,0%</b>
Persentase FKTP terakreditasi						

Judul Indikator	2022			2023		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP sesuai standar						
Persentase FKTP terakreditasi	80%	56,4%	<b>70,5%</b>	70,5%	68,69%	<b>76,3%</b>

Judul Indikator	2024		
	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP sesuai standar			
Persentase FKTP terakreditasi	100%	92,51%	<b>92,51%</b>

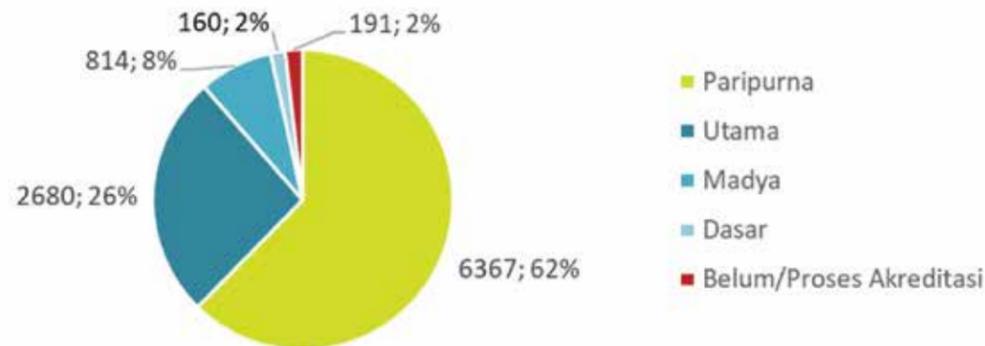
Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Pada tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa pencapaian pada tahun 2022, hingga 2024 belum memenuhi target kinerja yang ditetapkan.

Kemudian dalam mendukung pencapaian 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 proses validasi penilaian dan penerbitan sertifikat akreditasi. Seperti terlihat pada grafik berikut:

**Grafik 3.40** Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas

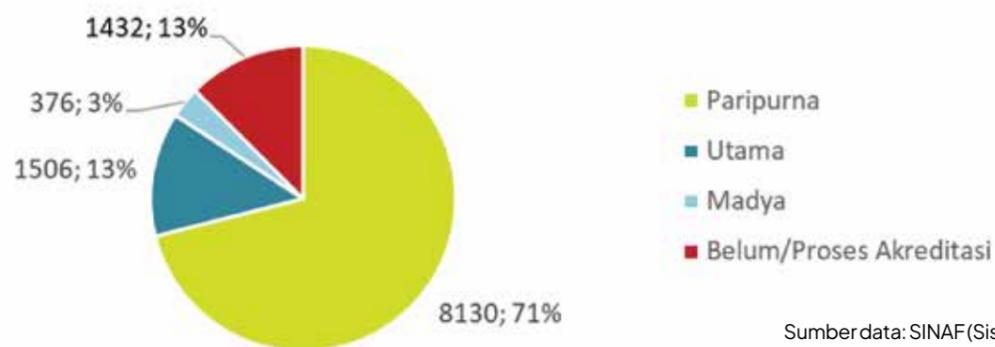


Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Selanjutnya, untuk capaian persentase klinik pratama terakreditasi adalah sejumlah 10.012 klinik (87%) terakreditasi yang 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. Seperti terlihat pada grafik berikut:

Adapun perbandingan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional tidak tersedia. Karena tidak ada standar nasional untuk dijadikan pembandingan (benchmarking) pada realisasi kinerja untuk indikator ini.

**Grafik 3.41** Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Klinik Pratama



Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

**Beberapa faktor permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain:**

- Waktu pelaksanaan survei akreditasi pada tahun 2023 ini sangat terbatas. Survei baru dapat dilakukan pada Mei 2023 karena menunggu regulasi-regulasi pendukung seperti tarif, juknis survei dan penetapan lembaga.
- Jumlah surveyor masih kurang serta distribusi surveyor akreditasi FKTP belum merata diseluruh wilayah.
- Pelaksanaan registrasi klinik belum optimal sehingga masih ada klinik yang tidak memiliki nomor register (kode fasyankes), sehingga tidak bisa mendaftar survei melalui aplikasi DFO, mengakses pelaporan INM, ASPAK dan SISDMK. Pelaporan pada aplikasi-aplikasi tersebut menjadi persyaratan akreditasi FKTP.
- Tidak tersedianya alokasi anggaran akreditasi FKTP pada sebagian Puskesmas yang tidak mendapatkan anggaran DAK Nonfisik. Sementara untuk klinik, tidak tersedia alokasi anggaran DAK Nonfisik untuk akreditasi.

- Kurangnya motivasi untuk terakreditasi pada klinik yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan tidak ada konsekuensi lain bagi klinik jika tidak terakreditasi selain diputus kontrak oleh BPJS Kesehatan.
- Bagi klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan namun kapitasi masih rendah, tidak memiliki anggaran untuk survei akreditasi.
- Bagi klinik swasta, komitmen dan dukungan pemilik klinik untuk pemenuhan standar akreditasi masih rendah.
- Kesiapan Puskesmas (SDM, Infrastruktur dan pemahaman tentang standar) untuk disurvei masih kurang sehingga menunda pelaksanaan survei.
- Kendala pada jaringan internet di beberapa daerah sehingga mempengaruhi pemanfaatan aplikasi terkait Akreditasi FKTP di daerah tersebut.
- Pada pertengahan tahun 2023, survei akreditasi sudah berproses, namun sebagian besar FKTP masih mengalami kendala proses dalam sistem informasi (SINAF & DFO).

**Adanya permasalahan tersebut maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:**

- Percepatan akreditasi melalui penambahan jumlah surveyor oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi FKTP.
- Pelatihan calon surveyor untuk menambah surveyor serta mempertimbangkan distribusi calon surveyor dalam menentukan penyelenggaraan pelatihan seperti di Papua, Papua Barat, Maluku dan Maluku Utara.
- Koordinasi dengan lintas program di Kementerian Kesehatan yang bertanggungjawab dalam registrasi fasilitas pelayanan kesehatan.
- Bagi Puskesmas yang tidak mendapatkan alokasi DAK Nonfisik maka diupayakan penganggaran melalui sumber lain seperti DBHCT (Dana Bagi Hasil Cukai Tembakau), APBD Pemerintah Setempat atau pembiayaan mandiri ( Puskesmas BLUD).
- 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 FKTP.

- Pelaksanaan Bimbingan Teknis, *Workshop* dan Sosialisasi Standar Akreditasi FKTP oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas kesehatan. Terkait infrastruktur, advokasi kepada Pemerintah Daerah yang bertanggungjawab pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas tersebut.
- Meminimalkan penggunaan aplikasi dan menggunakan sistem manual sementara.
- Koordinasi dengan DFO untuk pengembangan aplikasi berdasarkan umpan balik keluhan dari FKTP.

**Kegagalan pencapaian target dipengaruhi hal-hal sebagai berikut: .**

- Waktu pelaksanaan survei akreditasi FKTP cukup terbatas, mulai pertengahan tahun 2023 hingga akhir tahun 2024 untuk mengejar target 100% FKTP Terakreditasi, sedangkan capaian pada akhir tahun 2023 pun hanya 68,69%. Oleh

karenaitu, untuk mengejar lebih dari 30% dari total target capaian pada tahun 2024 sangat menantang dan memerlukan strategi lainnya.

- Pelaksanaan Registrasi klinik belum optimal sehingga masih ada klinik yang terkendala dengan nomor registrasi tidak memiliki nomor register (kode fasyankes), sehingga kesulitan dalam mendaftarkan survey melalui aplikasi DFO, mengakses pelaporan INM, ASPAK dan SISDMK. Pelaporan pada aplikasi-aplikasi tersebut menjadi persyaratan akreditasi FKTP.
- Kurangnya motivasi untuk terakreditasi pada klinik yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan tidak ada konsekuensi lain/punishment bagi klinik jika tidak terakreditasi selain diputus kontrak oleh BPJS Kesehatan.
- Bagi klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan namun kapitasi masih rendah, tidak memiliki anggaran untuk survei akreditasi.
- Bagi klinik swasta, komitmen dan dukungan pemilik klinik untuk pemenuhan standar akreditasi masih rendah.

- Kendala pada jaringan internet di beberapa daerah sehingga mempengaruhi pemanfaatan aplikasi terkait Akreditasi Klinik Pratama di daerah tersebut.
- Pemenuhan sarana prasarana sebagai syarat akreditasi dirasakan cukup berat oleh klinik swasta
- Belum ada kebijakan yang mengatur sanksi dan konsekuensi bagi klinik yang tidak melakukan akreditasi.

Pelaksanaan akreditasi Puskesmas sudah menggunakan aplikasi SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes) dan DFO (Data Fasyankes Online) yang terhubung dengan Lembaga penyelenggara akreditasi Puskesmas, sehingga penilaian, pelaporan dan penandatanganan sertifikat akreditasi dilakukan secara elektronik. Sehingga dapat mempercepat waktu pelaksanaan, hasil penilaian, penetapan kelulusan akreditasi puskesmas dan waktu tunggu terbit sertifikat.

**Program-program yang dilakukan untuk mendukung pencapaian target kinerja indikator persentase FKTP Terakreditasi adalah sebagai berikut:**

- Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan. Kebijakan-kebijakan yang diterbitkan mempermudah pelaksanaan akreditasi FKTP
- Pengoordinasian kebijakan dan implementasi penyelenggaraan akreditasi FKTP dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan ditujukan untuk menyelesaikan masalah dan hambatan dalam penyelenggaraan akreditasi.
- Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi survei yor melalui Uji Kompetensi.
- Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan untuk mendorong pelaksanaan survei akreditasi.
- Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP ditujukan untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan akreditasi FKTP

- Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF) untuk mendukung pelaksanaan akreditasi FKTP
- Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di FKTP sebagai bagian persiapan akreditasi FKTP.
- Pengalokasian anggaran APBN, DAK-Nonfisik, dan dana Dekonsentrasi sehingga survei dapat dilaksanakan.
- Pengembangan aplikasi mutu-fasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mempermudah pelaporan INM dan IKP dalam rangka mendorong budaya mutu di FKTP sebagai bagian persiapan akreditasi FKTP.
- Pada rancangan Renstra tahun 2025–2029, Indikator Sasaran Strategis ini sudah tidak menjadi tanggung jawab Ditjen Kesehatan Lanjutan, karena sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, Ditjen Kesehatan Lanjutan.

Pada tahun 2025, indikator FKTP Terakreditasi tidak diukur kembali sebagai indikator sasaran strategis. Adapun terkait

akreditasi, pada tahun 2025 telah dilakukan pengukuran indikator sasaran strategis terkait akreditasi melalui persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna dengan definisi operasional yang telah menyesuaikan dengan rancangan Renstra Kementerian Kesehatan periode 2025–2029.

### 3.1.17 Persentase Klinik Pratama dan Praktek Mandiri Dokter yang Melakukan Pelayanan Program Prioritas

#### 1. Definisi Operasional Indikator

Persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang telah melakukan jejaring dengan puskesmas dan melakukan pelayanan program prioritas nasional. Program prioritas nasional yang dimaksud yang terdiri atas TBC, Hipertensi dan DM. Klinik pratama dan praktik mandiri dokter adalah yang telah bekerja sama dengan BPJS sampai Desember 2021.

#### 2. Cara Perhitungan Indikator

Jumlah klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang bekerja sama dengan BPJS dan berjejaring dengan puskesmas yang telah melakukan pelayanan TBC, Hipertensi dan DM

dibagi jumlah seluruh klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang bekerja sama dengan BPJS dikali seratus persen.

#### 3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

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. Disamping itu, pada saat target ditetapkan, belum terdapat regulasi yang mewajibkan FKTP lain untuk terlibat dalam melaksanakan program prioritas. Indikator ini tidak lagi dipantau oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Ditjen Pelayanan Kesehatan pada periode 2025–2029 dikarenakan perubahan tugas pokok dan fungsi sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

**4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian target tidak dilaksanakan pada tahun anggaran 2025. Hal ini mengacu pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan yang menetapkan adanya perubahan struktur serta tugas dan fungsi unit utama selaku pengampu indikator pada periode 2022–2024.

**5. Pencapaian Kinerja**

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 TB, Hipertensi, dan DM. *Baseline* yang digunakan adalah jumlah klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan per Desember 2021 adalah 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 2025 sebesar 94,43%.

Target kumulatif yang harus dicapai di tahun 2025 adalah 80% atau 9.545 klinik pratama dan praktik mandiri dokter. Berdasarkan hal tersebut maka persentase capaian kinerja terhadap target tahun 2025 adalah 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 2025. 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.

**6. Analisis Capaian Kinerja**

Pencapaian target kinerja pada tahun 2025 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 UU 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 TBC, terdapat SE Dirjen P2P tentang Pelibatan

Seluruh Fasyankes dalam Program TBC dan Penguatan Implementasi Jejaring Layanan TBC 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 Nonfisik kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota maupun Puskesmas mulai tahun 2024. Hal ini diharapkan dapat mendukung terlaksananya kolaborasi FKTP dalam melakukan pelayanan program prioritas. Berikut grafik dan tabel dsitribusinya:

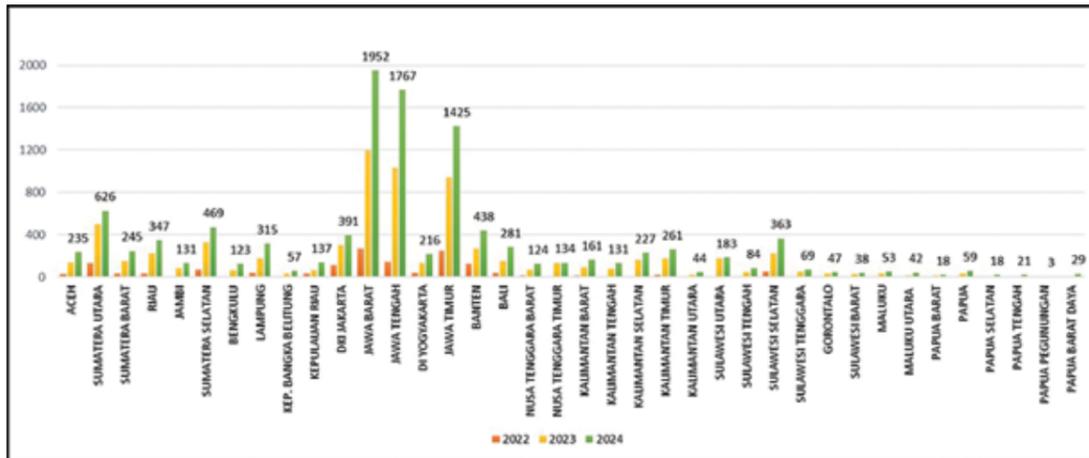
**Tabel 3.23**

**Target dan Realisasi Indikator Persentase Klinik Pratama Dan Praktik Mandiri Dokter Yang Melakukan Pelayanan Program Prioritas**

Judul Indikator	2025	
	Target (%)	Realisasi
Persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas	90%	94.43%

Grafik 3.42

Jumlah Klinik Pratama dan Praktik Mandiri Dokter yang Melakukan Jejaring dengan Puskesmas dan Melakukan Pelayanan Program Prioritas Nasional



Tabel 3.24

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
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
	<b>TOTAL</b>	<b>1474</b>	<b>7173</b>	<b>11264</b>

Target kumulatif yang harus dicapai di tahun 2025 adalah 80% atau 9.545 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 2025 sebesar 94,43%.

**7. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir**

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. Capaian indikator tahun 2025 cenderung stagnan pada jika dibandingkan dengan tahun 2024 dikarenakan adanya perubahan struktur serta tugas dan fungsi unit utama selaku pengampu indikator pada periode 2022–2024. 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. Seperti terlihat pada tabel berikut:

**Tabel 3.25**

**Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir**

Judul Indikator	2022		2023		2024		2025	
	Target (%)	Realisasi (%)						
Persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas	20	12.36	60	60.1	80	94.43	80	94.43

Berdasarkan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan yang menetapkan adanya perubahan struktur serta tugas dan fungsi unit utama selaku pengampu indikator pada periode 2022–2024, maka indikator perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah tidak lagi dipantau dalam dokumen perencanaan strategis tingkat Kementerian.

Adapun untuk perbandingan realisasi kinerja dengan standar nasional belum ada data pembanding secara nasional terkait persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

Beberapa hal yang menjadi tantangan terhadap pencapaian target antara lain:

Komitmen sejumlah daerah masih belum optimal dalam pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan di FKTP.

Pemahaman klinik pratama dan praktik mandiri dokter terhadap pelayanan program prioritas masih belum komprehensif, antara lain masih mengharapkan adanya *reward* dan *punishment* dalam melaksanakan program tersebut.

Dukungan anggaran untuk implementasi integrasi pelayanan program prioritas antara

Puskesmas dengan klinik pratama dan TPMD masih terbatas dan belum dimanfaatkan dengan optimal.

Sistem informasi untuk pencatatan dan pelaporan pelayanan masih belum terintegrasi.

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

Menyampaikan kepada Dinas Kesehatan untuk mendorong serta memastikan klinik pratama dan praktik mandiri tenaga medis atau tenaga kesehatan memberikan pelayanan komprehensif sesuai dengan kapasitas dan kompetensinya dalam mendukung pelaksanaan program pemerintah melalui Surat Edaran Direktur Jenderal.

Mendorong Dinkes untuk memastikan seluruh FKTP di wilayah masing-masing memanfaatkan RME terintegrasi SATU SEHAT untuk mendukung pencatatan dan pelaporan program prioritas.

Berkoordinasi dengan lintas program untuk tersedianya *reward* bagi tenaga kesehatan di FKTP yang terlibat dalam pelayanan program prioritas misalnya dalam bentuk Satuan Kredit Profesi (SKP).

Pengusulan pembiayaan melalui DAK Nonfisik jangka menengah.

**Faktor -faktor yang mendukung pencapaian target adalah:**

- Keterlibatan lintas program dan lintas sektor terkait, di antaranya Kementerian Dalam Negeri, Bappenas dan BPJS Kesehatan serta asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan
- Komitmen dari para pemangku kebijakan di pemerintah pusat dan pemerintah daerah
- Adanya skema pembiayaan kegiatan melalui APBN (dekonsentrasi) dan DAK NF (DAK nonfisik untuk menu Penguatan kolaborasi puskesmas dengan klinik pratama dan TPMD dalam pelayanan program prioritas dialokasikan pada tahun 2024).
- Tersedianya sumber daya manusia yang kompeten dalam melaksanakan kegiatan sesuai tugas dan fungsinya.
- Koordinasi yang baik dalam rangka menciptakan suasana kerja yang kondusif.

Terkait analisis efisiensi sumber daya tidak dapat dilakukan karena tidak ada alokasi anggaran yang diberikan untuk mendukung capaian indikator pada tahun 2025. Kebijakan ini menyesuaikan dengan adanya perubahan tugas

pokok dan fungsi sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

Sementara, analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja dalam rangka mendukung pencapaian target tidak dilaksanakan pada tahun anggaran 2025. Hal ini mengacu pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan yang menetapkan adanya perubahan struktur serta tugas dan fungsi unit utama selaku pengampu indikator pada periode 2022–2024.

### 3.1.18 Persentase Fasyankes Rujukan Milik Pemerintah yang Memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar

#### 1. Definisi Operasional

Persentase Rumah Sakit dan Laboratorium Kesehatan Pemerintah yang sudah memiliki izin operasional yang memiliki SPA sesuai standar berdasarkan pedoman survei Akreditasi Rumah Sakit tercantum bahwa pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan minimal 60% dari

standar yang ditetapkan dan di inputkan pada Aplikasi Sarana, Prasarana Dan Alat Kesehatan (ASPAK).

#### 2. Cara Perhitungan

Jumlah Rumah Sakit Milik Pemerintah yang memiliki SPA minimal 60% kelengkapan ASPAK dibagi Jumlah total Rumah Sakit Milik Pemerintah dikali 100%

Jumlah Laboratorium Milik Pemerintah yang memiliki SPA sesuai standar dibagi Jumlah Total Laboratorium Milik Pemerintah dikali 100%

Persentase Rumah Sakit Milik Pemerintah yang memiliki SPA minimal 60% kelengkapan ASPAK ditambah Persentase Laboratorium Milik Pemerintah yang memiliki SPA sesuai standar dibagi dua

#### 3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Target tahun 2024 sebanyak 100% fasyankes rujukan milik pemerintah memiliki SPA sesuai standar. Aksi yang dilakukan yakni pelaksana kegiatan dan penanggung jawab dari indikator ini adalah Tim Kerja Standarisasi Alat Kesehatan, Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Rujukan dan Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Lainnya.

Pencapaian indikator fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi sarana

prasarana dan alat (SPA) sesuai standar dengan cara mengolah data pemenuhan SPA RS dan Laboratorium di dalam ASPA. Jenis Kegiatan untuk dapat mencapai target indikator fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar dilaksanakan melalui:

#### a. Monitoring dan Supervisi Pemenuhan Standar SPA dan Diinstruksikan Fokus Lokus RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi

Monitoring dan Supervisi Pemenuhan Standar SPA dan diinstruksikan Fokus Lokus RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan, RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi dilaksanakan dengan kunjungan langsung ke RS dan menganalisis data ASPAK terutama digunakan untuk menganalisis data SPA RS untuk layanan unggulan kanker, jantung, stroke dan Uro-Nefro 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 Sarana

Prasarana dan Alat RS sesuai dengan program layanan dan peraturan yang berlaku, mengacu standar SPA rumah sakit 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 Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan sesuai standar dan mampu melakukan pemeriksaan dan skrining 9 penyakit prioritas. Dilakukan sosialisasi pedoman desain tipikal Laboratorium Kesehatan Daerah. Selain itu dilakukan juga sosialisasi pedoman desain tipikal Laboratorium Kesehatan Daerah dan Pedoman Prasarana dan Peralatan Laboratorium Biosafety Level 2 (BSL-2) dan Biosafety Level 3 (BSL-3) dan Pengelolaan Alat Kesehatan di Laboratorium Kesehatan.

**4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

**A. Pemenuhan SPA di Rumah Sakit Milik Pemerintah**

- Melakukan pertemuan daring lewat Zoom secara kontinu dan berkala untuk memantau capaian pemenuhan SPA di RS untuk melakukan pembahasan terkait

capaian ketersediaan sarana, prasarana, alkes dalam ASPAK. Hal teknis tentang pengisian data ASPAK, kendala yang dialami serta solusi yang bisa digunakan.

- Melaksanakan monitoring dan evaluasi (monev) secara langsung ke RSUD dengan menggunakan instrumen monev berupa form tarikan data ASPAK, dilakukan pengecekan bagian mana yang belum dilakukan *update* data dengan baik. Kemudian dibandingkan dengan inventaris yang dimiliki serta dibandingkan juga dengan usulan kegiatan yang telah dilaksanakan melalui DAK.

- Melakukan advokasi ke RSUD dengan melaksanakan Sosialisasi NSPK Bidang Alat Kesehatan untuk mendorong implementasi NSPK bidang peralatan kesehatan, sehingga fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar.

- Melakukan verifikasi ketersediaan SPA di ASPAK untuk rumah sakit yang direncanakan mendapatkan pemenuhan alat kesehatan layanan KJSU KIA.

- Melakukan desk untuk verifikasi usulan pemenuhan SPA melalui DAK

**Gambar 3.8**

**Monitoring dan Evaluasi Kesiapan RSUD dalam Pemenuhan Alat Kesehatan**



**B. Pemenuhan SPA di Laboratorium Kesehatan Milik Pemerintah**

- Melakukan Pemetaan Pemenuhan SPA Laboratorium Kesehatan serta Bimbingan Teknis Peningkatan Kemampuan Labkesda Sesuai Standar

Pemetaan pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Laboratorium di Laboratorium Kesehatan Daerah (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 3.9

Peta Jalan Pemenuhan Labkesda



Gambar 3.10

Peta Jalan Pemenuhan Labkesda



- 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, belum tersistemnya pembinaan sumber daya laboratorium baik SDM,

kalibrasi alat dan *quality assurance* serta belum adanya sistem informasi labkes yang terintegrasi. Dari kondisi dan permasalahan tersebut maka pelaksanaan laboratorium kesehatan bertujuan untuk mewujudkan layanan laboratorium kesehatan yang bermutu, 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 dalam menghadapi ancaman penyakit dan kejadian luar biasa.

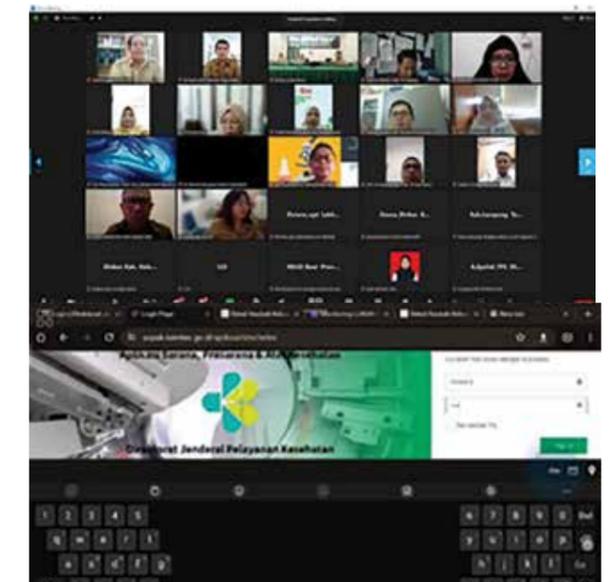
Gambar 3.11

Kegiatan Bimbingan Teknis Peningkatan Kemampuan Labkesda sesuai standar



Gambar 3.12

Kegiatan Pembinaan Pengisian ASPAK di Laboratorium Kesehatan Milik Pemerintah



- Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan

Strategi pengembangan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan perlu dilakukan untuk meningkatkan efektivitas dan mutu penggunaan Sarana, Prasarana dan Alat

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

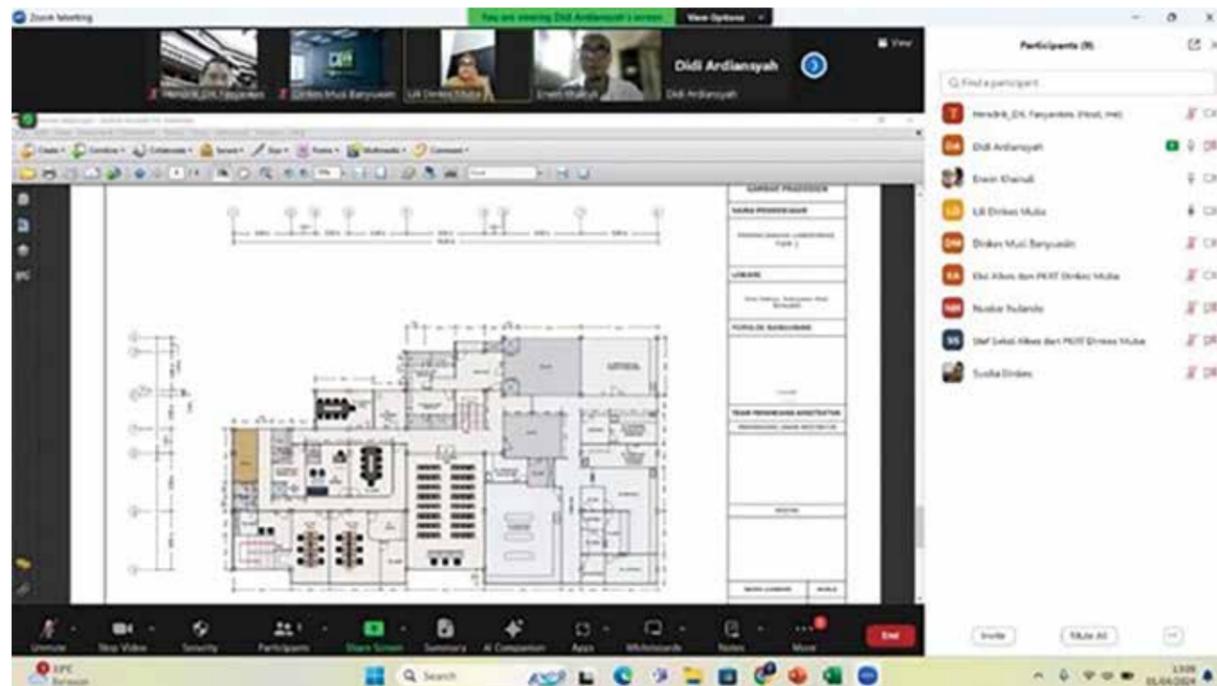
Kesehatan di Indonesia. Dalam pelaksanaan seluruh kegiatan di bidang fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk menunjang pencapaian indikator pembinaan fasyankes lainnya yaitu Persentase fasyankes rujukan yang melakukan pengujian dan kalibrasi sarana prasarana dan alat kesehatan serta Fasyankes yang memiliki sarana prasarana alat 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 pemeriksaan covid19 dengan sarana prasarana BSL-2. Untuk mendukung terlaksana pembangunan renovasi gedung laboratorium kesehatan BSL-2 diperlukan pengawasan dan pengawalan pembangunan renovasi tersebut agar proses pembangunan berjalan sesuai Standar pedoman laboratorium yang telah disusun.

Gambar 3.13

Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan secara Daring



Gambar 3.14

Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan melalui Kunjungan Lapangan



Gambar 3.15

Laboratorium Kesehatan yang Bersumber Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan



**5. Pencapaian Kinerja**

Pada tahun 2024 97,12% Fasyankes Rujukan (Rumah Sakit dan Laboratorium Kesehatan milik pemerintah) telah memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar. Berdasarkan data ASPAK per Desember 2024 dari 747 Rumah Sakit milik pemerintah yang telah memiliki SPA diatas 60% sebanyak 704 Rumah Sakit dan untuk SPA Laboratorium Kesehatan dari 259 Laboratorium Kesehatan yang terdaftar di ASPAK terdapat 259 Laboratorium Kesehatan yang memiliki sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar.

Capaian 2024 sebesar 97,12% Fasyankes Rujukan milik pemerintah daerah telah memenuhi 60% kelengkapan sarana dengan kumulatif proporsi yaitu 50% untuk sarana, 20% untuk prasarana dan 30% untuk alat Kesehatan, dengan rincian sebagai berikut:

Sebanyak 94,24% RS Milik Pemerintah Daerah yang telah memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar yaitu 704 RS milik pemerintah daerah dari Total 747 RS.

Sebanyak 100% Laboratorium Kesehatan milik Pemerintah telah memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar yaitu 259 Laboratorium Kesehatan dari Total 259 Laboratorium Kesehatan.

Komponen yang menyebabkan capaian indikator persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar tidak tercapai adalah terdapat pada komponen SPA Rumah Sakit, dimana capaian presentase SPA Rumah Sakit hanya mencapai nilai 94,24%, nilai tersebut mengalami penurunan dibandingkan dengan data tahun 2024 yaitu 95,05%. Hal ini disebabkan karena:

Pemenuhan Alat Kesehatan perlu waktu dalam pencapaiannya karena terkait dengan hal yang lain terutama terkait dengan anggarannya. Di sisi lain Sarana dan Prasarana lebih mudah dicapai pemenuhannya mengingat jenisnya tidak banyak. Pemenuhan alkes untuk RS milik pemerintah daerah ini masih diperlu dukungan berbagai pihak. Sebab sebagian besar RS pemerintah daerah masih mengandalkan anggaran DAK sebagai sumber utama dalam pemenuhan alkesnya. Belum dapat dianggarkan penuh menggunakan APBD ataupun anggaran RS sendiri. Sedangkan untuk DAK saat ini sifatnya tematik seperti untuk prioritas pada KJSU-KIA, tidak seperti DAK tahun-tahun sebelumnya yang berfokus pada pelayanan dasar seperti untuk layanan IGD, rawat inap, rawat jalan, ICU, OK, dsb.

Bagi RS yang menjadi Lokus KJSU-KIA ini, maka pemenuhannya dapat dilakukan. Namun, bagi RS pemerintah daerah yang tidak masuk

lokus KJSU-KIA ini pemenuhannya menjadi terhambat. Di sisi lain, RS juga menghadapi kondisi di mana alkes ini mengalami penurunan fungsi/rusak sehingga hal ini tentu saja menyumbang penurunan nilai capaian SPA di ASPAK.

Data yang disampaikan dalam LAKIP ini merupakan tarikan data pada Desember 2024, namun proses update dan validasi masih dilakukan oleh pihak RS dan Dinas Kesehatan sehubungan dengan update data hasil pemenuhan SPA pada tahun 2024. SPA yang diadakan baik dari sumber DAK ataupun sumber anggaran lainnya ini oleh RS tidak segera diupload, hal ini juga kami perkirakan menyumbang peran penting dalam penurunan capaian SPA ASPAK. Tingkat kepatuhan dan keaktifan RS dalam pengisian ASPAK yang masih belum optimal mempengaruhi hasil tarikan data.

Saat ini RS pemerintah daerah sedang melakukan update data berkala, dengan melakukan kroscek ulang terutama terkait dengan ketersediaan alkesnya. Temuan data RS antara lain memasukkan alkes yang belum dimiliki sehingga harus dikeluarkan dari dalam ASPAK, kemudian ada penyesuaian ruang yang mengalami alih fungsi. Sehingga hal ini akan berpengaruh pada alkesnya. Selain itu, ada perbedaan pemahaman penamaan alkes ASPAK antara tim RS dengan nomenklatur

**Tabel 3.26**

**Indikator Fasyankes Rujukan Milik Pemerintah yang Memenuhi SPA Sesuai standar**

Indikator Target	Target		Capaian		Capaian	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	95%	100%	95%	97,12%	100%	97,12%

alkes di ASPAK (misal: mesin anestesi dianggap sama dengan mesin anestesi ventilator). Sehingga hal ini kemudian disisir kembali oleh RS bersangkutan untuk melihat kesesuaian antara alkes di ASPAK dengan alkes yang ada di lapangan. Updating data berkala ini bila mengurangi jenis alkes di suatu layanan, maka otomatis juga akan menyebabkan penurunan capaian SPA di ASPAK.

### 3.1.19 Presentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

Untuk indikator kinerja ini, target capaian indikator tahun 2024 sebesar < 2,5 dengan realisasi kinerja sebanyak 0,97. Realisasi tersebut sudah tercapai sesuai dengan target tahun 2024. Namun pada tahun 2025 Indikator ini tidak lagi diukur capaiannya karena sudah bukan merupakan indikator kinerja.

Tabel 3.27

Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Presentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Semester I Tahun 2025 dengan Tahun Sebelumnya

Target	Realisasi 2023	Realisasi 2024	Realisasi Smt I 2025
<2,5	2,7	0,97	0,97 (Capaian Tahun 2024)

Terlihat capaian kinerja tahun 2023 sempat mengalami penurunan dibandingkan tahun 2022. Namun, di tahun 2024 mengalah jika dibandingkan dengan target 2024, realisasi Semester I Tahun 2025 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 akses pelayanan yang diiringi peningkatan SDM terutama spesialis dengan koordinasi lintas unit Kemenkes dan Organisasi Profesi.

Bimtek dan Monev RS dalam Penerapan PNPk dalam bentuk PPK serta penyusunan, implementasi dan evaluasi alur klinis (CP).

Meskipun Indikator ini sudah tidak menjadi Indikator Sasaran Strategis Kemenkes pada rancangan Renstra 2025–2029, namun NDR masih menjadi variabel yang harus dilaporkan oleh RS di dalam aplikasi SIRS.

### 3.1.20 Presentase Kepuasan Pasien di Fasyankes Rujukan

#### 1. Definisi Operasional

Definisi operasional indikator adalah persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan.

#### 2. Perhitungan Indikator

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%.

#### 3. Rumus Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif pernyataan kepuasan pasien atas pelayanan fasyankes rujukan sampai pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah total pasien yang mengikuti Survei Kepuasan pada pelayanan Rumah Sakit (Sesuai Baseline = 21.656)}} \times 100\%$$

#### 4. Pencapaian Indikator Kepuasan Pasien di Fasyankes Rujukan

Pengukuran kepuasan pasien dihitung melalui pernyataan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima dari fasyankes rujukan. Hal ini sesuai dengan definisi operasional dan rumus perhitungan yang ada dalam 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. Capaian persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan pada tahun 2024 sebesar 98,37%.

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 Survey 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 melalui kerja sama dengan Dinas Kesehatan Provinsi di 38 Provinsi sebagai enumerator (pencacah/pengambil data) yang telah mendapatkan pelatihan/*coaching* 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: (a) Jenis rumah sakit yaitu RS umum dan RS Khusus; (b) Kepemilikan rumah sakit yaitu RS milik pemerintah dan RS milik swasta; dan (c) Kelas rumah sakit yaitu RS kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas 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.

Kemudian, untuk teknik pengambilan data yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi saat turun ke lapangan meliputi: (a) 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; (b) Enumerator mewawancarai responden yang menerima pelayanan rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit terpilih; (c) Enumerator melakukan wawancara mendalam untuk menggali pertanyaan yang memiliki kepuasan rendah/kurang dan mendapatkan masukan guna perbaikan pelayanan; (d) Proses wawancara yang dilakukan oleh enumerator didampingi tim Kementerian Kesehatan; (e) Supervisi dilakukan oleh tim ITAPS FEM IPB pada sebagian rumah sakit; dan (f) Mengumpulkan 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.

Adapun 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.

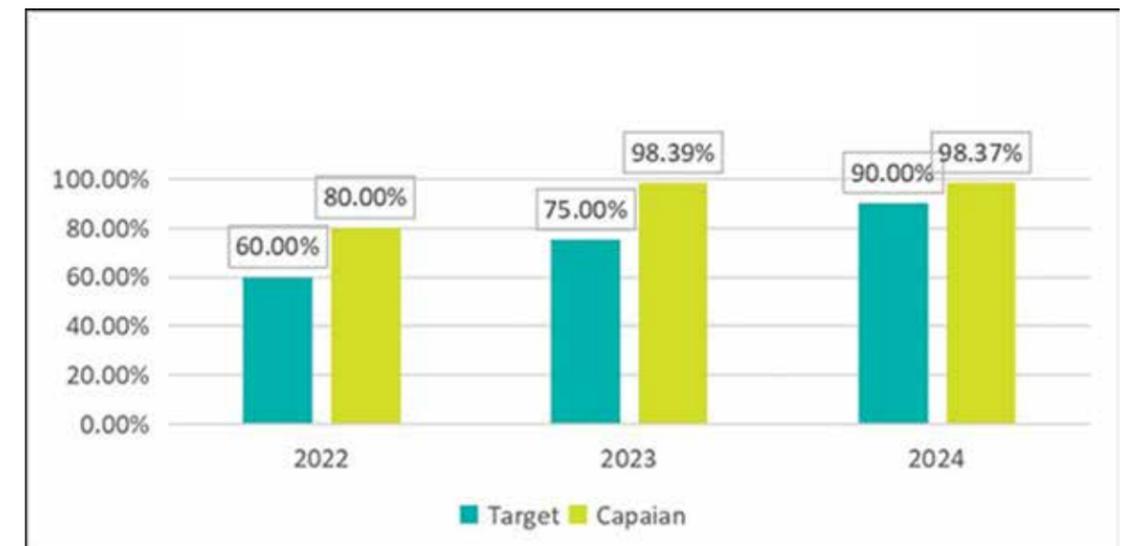
### 5. Analisis pencapaian target

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 No. 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.

Seperti terlihat pada tabel berikut:

**Grafik 3.43**

**Pencapaian Persentase Kepuasan Pasien di Fasyankes Rujukan**



Adapun masukan yang disampaikan telah dikategorikan sesuai unsur pelayanan dalam instrumen pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat yaitu:

**a. Unsur Sarana dan Prasarana:**

Gedung rumah sakit perlu diperhatikan kebersihannya dan perawatannya

- Toilet dibersihkan dan diberikan perawatan yang rutin
- Perluasan ruang tunggu dan penyediaan kursi tambahan
- Layout musholla perlu dibuat dekat, bersih, dan terawat
- Penyediaan lahan parkir yang luas dan terjangkau (secara letak dan tarif) agar mempermudah proses mobilisasi
- Penambahan pendingin ruangan seperti AC dan kipas angin, terutama pada ruang tunggu yang ramai
- Pemasangan lampu yang mencukupi dan berkualitas
- Penyediaan gorden pada layanan rawat inap
- Penyediaan fasilitas penunjang pasien (seperti kursi roda, nurse call, dan tempat tidur rawat inap) yang bersih dan mudah digunakan

- Penyediaan fasilitas pendukung lainnya (seperti monitor antrean dan farmasi, informasi dokter di pintu ruangan, penunjuk ruangan/ denah rumah sakit, hiburan seperti TV, kantin, air minum, dan area bermain khusus anak)
- Penyediaan air bersih dan stabil
- Penyediaan listrik dan stopkontak yang stabil dan terjangkau
- Perbaikan instalasi listrik dan genset
- Penyediaan jaringan internet yang stabil (seperti wifi)
- Perbaikan layout rumah sakit untuk mempermudah proses administrasi hingga pengambilan obat.

**b. Unsur Kecepatan Pelayanan**

- Penyediaan layanan pengaduan yang terpusat yang jelas dan penanindakan lanjutan yang cepat
- Penyesuaian kelas BPJS pasien dengan ruangan yang akan ditempati
- Melengkapi obat di bagian farmasi agar pasien tidak perlu membeli di luar rumah sakit
- Perlunya birokrasi pelayanan yang cepat, tidak berubah-ubah, dan tidak mempersulit pasien

- Mempermudah prosedur pendaftaran daring serta memberikan layanan bantuan
- Penyesuaian jadwal dokter antara jadwal daring dan jadwal sebenarnya
- Percepatan pelayanan pasien, khususnya pasien darurat
- Penyediaan sistem pembayaran non-tunai
- Pelayanan administrasi, pendaftaran, dokter, dan farmasi yang lebih cepat dan informatif.

**c. Unsur Informasi dan Publikasi**

- Penyediaan flyer atau informasi layanan rumah sakit di media cetak maupun media sosial
- Keterbukaan informasi biaya penanganan dan obat bagi pasien umum
- Keterbukaan persyaratan administrasi yang harus dipersiapkan
- Keterbukaan informasi terkait jadwal dokter hingga durasi pemrosesan obat
- Keterbukaan durasi peracikan obat kepada pasien
- Keterbukaan informasi jika jadwal dokter berubah.

**d. Unsur Tenaga Kesehatan dan Staf Pelayanan**

- Staf pelayanan perlu lebih ramah, gesit, responsif, komunikatif, dan tepat waktu
- Jadwal pelayanan dokter untuk rawat jalan dan rawat inap perlu lebih tepat waktu serta memiliki periode waktu yang jelas
- Dokter perlu lebih komunikatif dan responsif terhadap pasien
- Penambahan staf pelayanan dan dokter spesialis
- Penyediaan dokter pengganti apabila dokter yang bersangkutan berhalangan praktik
- Perbaikan komunikasi antara tenaga kesehatan agar tidak merugikan pasien

Dalam mencapai target indikator yang telah ditetapkan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan telah melaksanakan kegiatan untuk mencapai target:

- Akreditasi Rumah Sakit.
- Sosialisasi Indikator Nasional Mutu bagi SDM Dinas Kesehatan dan SDM Rumah Sakit.
- Alokasi dana dekonsentrasi untuk melakukan monitoring dan evaluasi peningkatan mutu di fasilitas pelayanan Kesehatan rujukan di 38 provinsi.

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

- Pemantauan dan evaluasi capaian Indikator Mutu per provinsi.
- 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:

#### a. Penghambat pencapaian target

- Masih banyak Rumah Sakit yang memiliki keterbatasan anggaran untuk memelihara dan memperbaiki sarana dan prasarana.
- Masih ada Rumah Sakit yang belum memahami Indikator Nasional Mutu pelayanan Kesehatan
- Masih ada rumah sakit yang belum patuh dalam Pelaporan Indikator Mutu.
- Belum semua Dinas Kesehatan memahami mengenai tata cara pengukuran Indikator Mutu dan pelaporan Indikator Mutu sehingga tidak mampu mendampingi Rumah Sakit.
- Sistem Informasi Pelaporan Indikator Mutu yang digunakan terkadang bermasalah.
- Kendala jaringan di beberapa wilayah di Indonesia.

#### b. Pendukung pencapaian target

- Akreditasi Rumah Sakit dijadikan persyaratan Kerjasama dengan BPJS sehingga mendorong Rumah Sakit untuk melakukan perbaikan sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit.
- 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:

- Advokasi kepada pemilik Rumah Sakit berkomitmen untuk memenuhi harapan pasien yang disampaikan melalui survei kepuasan pasien.
- Peningkatan pemahaman Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan melalui kegiatan *refreshing* daring/luring.
- Peningkatan dengan *monev* terpadu lintas direktorat.
- Pengembangan dan *update* sistem informasi mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan..

Gambar 3.16

Pelaksanaan Survei Kepuasan Pasien TA 2024



Pada rancangan Renstra 2025–2029, indikator ini berubah nomenklatur dan menjadi indikator komposit bersama Ditjen Kesprimkom

dengan nama indikator tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan dan diampu oleh Ditjen Kesehatan Lanjutan.

### 3.1.21 Jumlah Rumah Sakit yang Memiliki Layanan Unggulan Internasional

#### 1. Definisi Operasional

Jumlah rumah sakit vertikal yang mengembangkan layanan unggulan melalui kerja sama internasional dengan Rumah Sakit atau institusi kesehatan luar negeri.

#### 2. Cara Perhitungan

Jumlah RS Vertikal yang memiliki minimal satu layanan unggulan setara internasional. Cara menghitung dan mengukur indikator ini adalah dengan menghitung jumlah RS 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.

#### 3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Menyusun pedoman kerja sama luar negeri rumah sakit.

- Melakukan sosialisasi dan advokasi program kerja sama luar negeri kepada pemangku kepentingan lain di lintas sektor atau kementerian/lembaga.

- Melakukan pendampingan upaya peninjauan kerja sama hingga tercapainya kesepakatan dalam menandatangani dokumen kerja sama.
- Melakukan pembinaan program kerja sama luar negeri.
- Melakukan monitoring dan evaluasi selama kurun waktu proses kerja sama berjalan.

#### 4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Pencapaian target indikator “RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional” dilakukan bersama dan melalui koordinasi dengan RS 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, yakni dengan:

- a. 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 kerja sama dengan RS luar negeri, sudah ditetapkan sebagai RS pengampu layanan prioritas baik nasional maupun regional, RS merupakan RS pendidikan dan RS memiliki rencana strategis dalam menetapkan layanan unggulannya.

- b. Mengumpulkan data untuk RS Vertikal yang berpotensi memiliki layanan unggulan yang dapat bertaraf internasional dengan melakukan analisis visi dan misi RS sampai rencana bisnis strategis RS, pendataan kerja sama RS dengan RS atau institusi kesehatan luar negeri terkait peningkatan kompetensi SDM berbentuk *fellowship* dan kerja sama dengan RS luar negeri.

- c. Melakukan penyusunan *feasibility study* untuk menetapkan layanan unggulan RS.

- d. Melakukan sosialisasi dan advokasi bagi RS untuk bekerja sama dengan luar negeri yang dapat mendukung layanan unggulan RS tersebut dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan RS.

- e. Melakukan advokasi, fasilitasi dan atau peninjauan, negosiasi, diskusi dengan lintas sektor (Kemenlu dan KBRI), dan pihak mitra asing (Kedubes negara terkait, RS di luar negeri dan atau institusi kesehatan di luar negeri), agar dapat melakukan kerja sama dengan RS Vertikal.

- f. Melakukan pendampingan dalam penyusunan dokumen kerja sama luar negeri RS (proposal, IoI, MoU dan lain-lain).

- g. Memfasilitasi proses koordinasi dan komunikasi (tertulis dan atau komunikasi langsung) dengan pihak mitra luar negeri dalam rangka pembahasan dan atau penyampaian dokumen kerja sama.

- h. Memfasilitasi penyelesaian masalah dalam proses terwujudnya kerja sama dan atau dalam proses implementasi kerja sama.

- i. Melakukan monitoring dan evaluasi implementasi kerja sama RS luar negeri.

#### 5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian kinerja untuk indikator kinerja program ini adalah sebesar 29 Rumah Sakit Vertikal dari target sebanyak 34 RS Vertikal.

**6. Analisis Capaian Kinerja**

Analisis capaian kinerja diperoleh dengan merujuk pada kriteria capaian yang ditetapkan sebelumnya,sertamelakukankoordinasidengan RS dan unit terkait di Kementerian Kesehatan. Hal tersebut dilakukan dengan mempertimbangkan bahwa pencapaian indikator dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu:

Kerja sama yang dilakukan adalah merupakan kesepakatan antara Kementerian Kesehatan dengan RS atau institusi kesehatan luar negeri yang dituangkan dalam dokumen kerja sama yang ditandatangani para pihak terkait. Implementasi kerja sama tersebut kemudian didelegasikan kepada RS Vertikal

sesuai preferensi lingkup bidang kerja sama yang dituangkan dalam bentuk dokumen perjanjian implementasi kerja sama masing-masing RS Vertikal dengan pihak RS 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.

Pendekatan kedua berdasarkan inisiasi dan kebutuhan dari RS Vertikal yang melakukan kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan luar negeri. Kedua cara ini cukup efektif dalam percepatan pencapaian target.

Untuk indikator sasaran strategis “Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional”, capaian target indikator tahun Semester I Tahun 2025 adalah sebesar 34 Rumah Sakit Vertikal dengan realisasi kinerja sebanyak 29 Rumah Sakit Vertikal.

Target realisasi Semester I 2025 tidak dapat dibandingkan dengan target jangka menengah (target 2024) yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi karena tidak ada indikator RPJMN yang menunjang Indikator Kinerja Program Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan juga dengan standar nasional.

**Permasalahan dalam pencapaian target indikator “Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional” dipengaruhi oleh kondisi RS Vertikal dan pihak RS dan institusi luar negeri yang akan menjadi calon mitra kerja sama sebagai berikut:**

- Lamanya waktu proses reuiv teknis, administratif dan birokrasi yang berlaku di pihak calon mitra kerja sama luar negeri, mempengaruhi waktu pencapaian *output* target kinerja. Umumnya membutuhkan waktu antara 3 bulan sampai dengan 1 tahun.
- Ketersediaan anggaran di Rumah Sakit Vertikal untuk melaksanakan kerja sama

dengan RS luar negeri, dipengaruhi oleh:

- Status pengelolaan keuangan (BLU/ Non BLU) dan Pendapatan Rumah Sakit Vertikal. RS 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 RS.
- Siapa yang menginisiasi kerja sama. Jika inisiasi berasal dari kebutuhan RS, maka umumnya RS 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 RS untuk melakukan reuiv terhadap alokasi anggaran dengan potensi jika terdapat sumber anggaran yang dimungkinkan untuk realokasi maka diperlukan waktu untuk melakukan reuiv anggaran tersebut. Jika tidak ada, potensinya adalah dilaksanakan di tahun anggaran berikutnya, atau tidak dilaksanakan oleh RS.

**Tabel 3.28**

**Indikator Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional**

ISS : Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	2021	2022	2023	2024	Semester I Tahun 2025
Realisasi Kinerja	0	4.225.465.566	1.103.257.786	1.106.450.946	
Capaian Kinerja	0	12	24	29	34

- 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.

**Terdapat beberapa upaya yang telah dilakukan guna mengatasi kendala dalam pencapaian indikator, yakni:**

- Penyusunan pedoman kerja sama RS luar negeri.
- Sosialisasi dan advokasi program kerja sama luar negeri kepada pemangku kepentingan lain di lintas sektor atau kementerian/lembaga.
- Pendampingan upaya peninjauan kerjasama hingga tercapainya kesepakatan dalam menandatangani dokumen kerja sama.
- Pembinaan program kerja sama luar negeri
- Monitoring dan evaluasi selama kurun waktu proses kerja sama berjalan.

**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 peninjauan dengan RS terbaik di luar negeri dalam melakukan kerja sama.
- RS membutuhkan penganggaran besar untuk implementasi yang mana prioritas penganggaran ini masih dibawah prioritas dengan kebutuhan operasional dan program lainnya di RS.

Untuk mencapai keberhasilan capaian indikator dilakukan strategi yakni melakukan advokasi RSV untuk penetapan layanan unggulan sesuai dengan Renstra RS, fasyankes dan perencanaan kerja sama dengan RS luar negeri. Dengan perencanaan yang tepat diharapkan RS sudah dapat memprediksi kebutuhan anggaran untuk implementasi kerjasama luar negerinya

Pada Tahun 2025 Indikator tersebut sudah dipantau sebagai Indikator Sasaran Strategis tetapi sebagai Indikator Kinerja Kegiatan dengan nomenklatur dan sasaran yang berbeda

### 3.1.22 Jumlah Bahan Baku Obat dan Obat 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri

Indikator ini bertujuan untuk mewujudkan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh melalui penguatan kemandirian bahan baku obat kimia dan produk biologi dalam negeri.

Definisi operasional indikator adalah jumlah kumulatif bahan baku obat dan obat terbesar by value yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri.

Cara perhitungan indikator adalah jumlah bahan baku obat dan obat terbesar by value yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri setiap tahun yang dihitung secara kumulatif.

#### 1. Analisis Upaya Keberhasilan Pencapaian Target Indikator

Pada tahun 2023, realisasi indikator jumlah bahan baku obat dan obat 10 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, sehingga capaian yang diperoleh sebesar 100,00%. Realisasi indikator di tahun kelima Renstra menunjukkan hal yang positif karena telah mencapai target periode akhir tahun Renstra 2020-2024 yakni 20.

**Tabel 3.29**

**Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Bahan Baku Obat dan Obat 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri**

INDIKATOR KINERJA	Tahun 2025		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	Capaian Smt 1 2025
Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri	20	20	100%

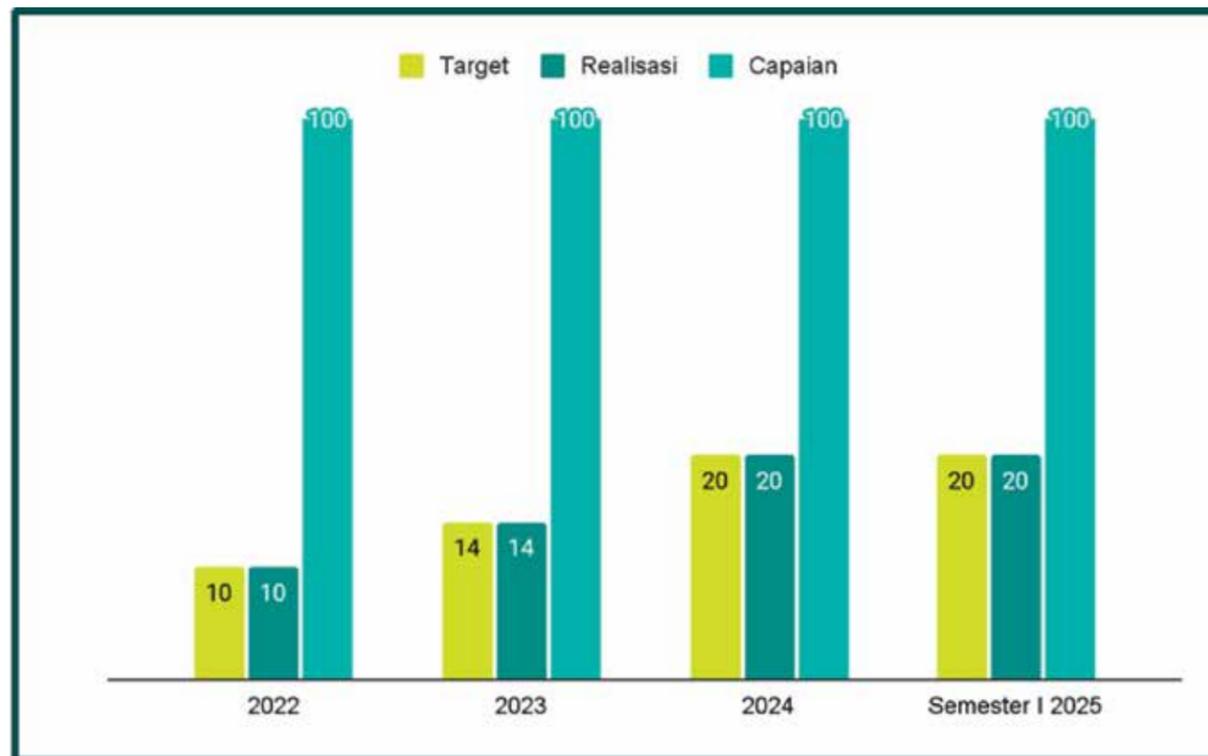
### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Realisasi indikator di semester I tahun 2025 masih sama dengan realisasi indikator 2024, di mana jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri belum ada penambahan. Indikator kinerja ini akan digantikan dengan indikator yang komprehensif dan relevan dengan RIBK dan Rancangan Renstra

Tahun 2025–2029 yakni indikator proporsi jenis bahan baku obat yang dapat diproduksi dalam negeri. Hingga saat ini, belum ada standar nasional/internasional yang dijadikan *benchmark* terkait “Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri”. Seperti terlihat dalam grafik berikut:

Grafik 3.44

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Bahan Baku Obat dan Obat 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri Semester I Tahun 2025



Hasil tersebut diperoleh dari bahan baku kimia sebanyak 10 dan produk biologis sebanyak 10 dengan rincian tabel berikut:

Tabel 3.30

Daftar Bahan Baku Obat dan Obat 10 Terbesar yang Diproduksi Dalam Negeri Semester I Tahun 2025

NO	BAHAN BAKU OBAT	INDUSTRI FARMASI
<b>A.</b>	<b>Bahan Baku Kimia</b>	
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 Bright Gene Biomedical Indonesia
<b>B.</b>	<b>Produk Biologi</b>	
1	Erithropoetin Alfa	PT Kalbio Global Medika
2	Enoxaparin	PT Bio Farma
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 SK Plasma Core Indonesia
10	IVIG (PODP)	PT Triman/PT SK Plasma Core Indonesia

Sumber data: Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah:

- Mengusulkan penerapan tata niaga impor 22 BBO dalam negeri melalui surat Menteri Kesehatan pada tanggal 4 Oktober 2024 ditujukan kepada Menteri Koordinator Bidang Perekonomian.
- Pertemuan pembahasan strategi mencapai kemandirian dan ketahanan kesehatan dengan lintas kementerian/ lembaga terkait Penerapan Tata Niaga Impor 22 BBO.
- Mengupayakan prioritas registrasi variasi dan sertifikasi TKDN amlodipin dan candesartan menggunakan BBO produksi dalam negeri.
- Sinergisme ABGCI dalam percepatan pengembangan produk biologi dalam negeri melalui perluasan kerja sama, 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.

- 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.
- Pembahasan prioritas VTD (*Vaccine, Therapeutic and Diagnostic*) 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.
- Koordinasi teknis untuk pelaksanaan *pilot project* kerja sama dengan MPP (*The Medicines Patent Pool*) sebagai implementasi dari MoU yang telah ditandatangani. *Pilot project* yang akan

dilakukan adalah transfer teknologi untuk 1 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.

- Dalam rangka mendukung produksi PODP dengan sumber plasma dalam negeri, telah dilakukan berbagai kegiatan bekerja sama dengan unit lain yang terkait diantaranya 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*.
- Monitoring dan evaluasi serta berkoordinasi secara berkala dengan industri terkait pengembangan produk biologi.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Belum adanya jaminan pasar yang membuat industri BBO mampu memproduksi sesuai jumlah minimal keekonomian.
- Industri farmasi belum memaksimalkan BBO produksi dalam negeri.
- Ketidaktepatan waktu dalam persiapan infrastruktur karena kendala regulasi, kompleksitas investasi, serta status keberhasilan dalam melakukan pengembangan/validasi kualitas produk.
- Produksi Produk Obat Derivat Plasma (PODP) dimulai dari tahapan *toll manufacturing* menggunakan sumber plasma dalam negeri. Selain kendala dalam keterbatasan fasilitas penyimpanan, jumlah UPD (RS Vertikal dan PMI) yang tersertifikasi CPOB 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.

Alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi beberapa permasalahan tersebut adalah sebagai berikut:

- Melakukan langkah strategis dalam pemberian jaminan pasar bagi BBO produksi dalam negeri melalui substitusi produk impor dengan memberikan fasilitasi *change source*.
- Melakukan kerja sama lintas kementerian/lembaga dalam memastikan penggunaan BBO produksi dalam negeri melalui implementasi kebijakan Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN) dan penerapan tata niaga impor.
- 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.

- Melakukan monitoring dan evaluasi serta koordinasi secara intensif dengan Industri dan *stakeholder* terkait untuk percepatan pengembangan dan persetujuan izin edar untuk mengatasi keterlambatan pengembangan produk biologi.
- 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.
- Membangun ekosistem pasar nasional yang mendukung penyerapan produk biologi melalui perluasan dalam pembiayaan kesehatan pengembangan produk bioteknologi berbasis *Health Technology Assessment*.

Analisis efisiensi sumber daya yang dilakukan antara lain:

- Monitoring dan evaluasi dengan industri farmasi, tim teknis, serta kementerian/lembaga terkait, sehingga mendukung efisiensi penggunaan anggaran yang bersumber dari APBN.
- Proses fasilitasi pertemuan industri dalam negeri dalam penajakan mitra kerja sama internasional juga dilakukan secara daring.

### 3.1.23 Jumlah Alat Kesehatan 10 Terbesar by Volume dan Value yang Diproduksi Dalam Negeri

Indikator ini bertujuan untuk mewujudkan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh melalui penguatan kemandirian alat kesehatan dalam negeri.

Definisi operasional indikator adalah jumlah kumulatif alat kesehatan 10 terbesar *by volume* dan *by value* yang telah mampu diproduksi di dalam negeri.

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

#### 1. Analisis Pencapaian Target Indikator

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 Rp 29,2 triliun, sebesar 51,8% atau Rp 15 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.

Tabel 3.31

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Alat Kesehatan 10 Terbesar by Volume dan Value yang Diproduksi Dalam Negeri

INDIKATOR KINERJA	Tahun 2025		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	Capaian Smt 1 2025
Jumlah alat kesehatan 10 terbesar <i>by volume</i> dan <i>value</i> yang diproduksi dalam negeri	17	17	100,00%

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

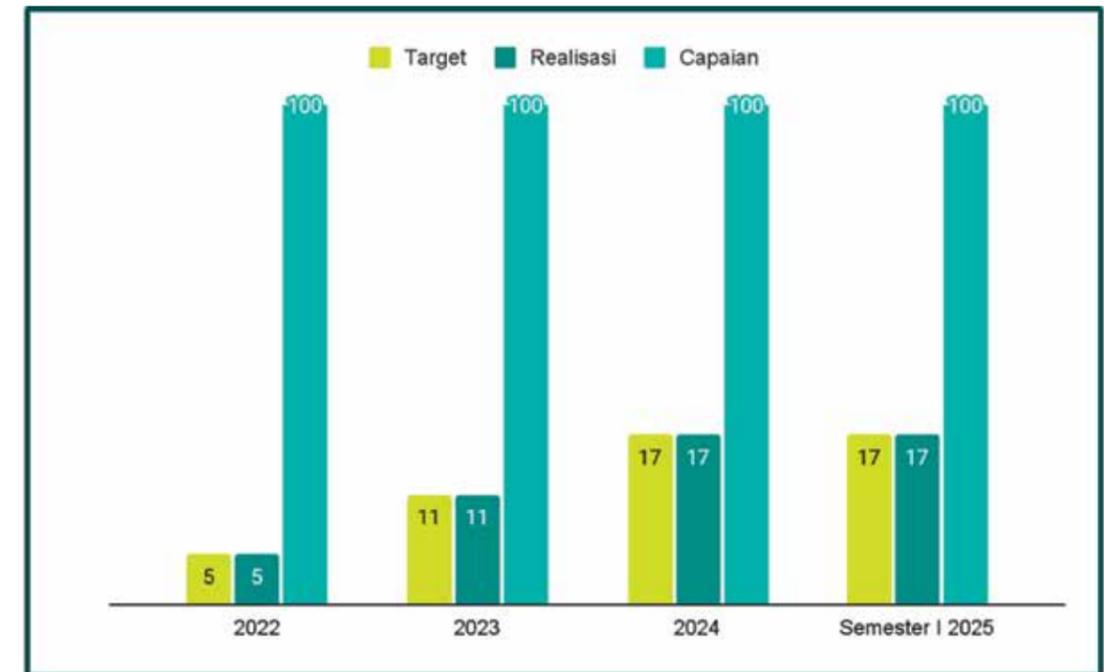
Pemerintah telah menetapkan program dan kebijakan untuk mendorong ketahanan alat kesehatan, salah satunya melalui pendekatan *Triple helix*. *Triple helix* adalah suatu pendekatan dalam menciptakan sinergi kerja sama dari tiga aktor/pelaku yaitu akademisi (A), bisnis (B), dan pemerintah (G) untuk membangun ekonomi berbasis pengetahuan (*knowledge-based economy*). Ekosistem yang lengkap 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 tahun kelima Renstra menunjukkan hal yang positif karena telah mencapai target periode akhir tahun Renstra 2020–2024 yakni 17 alat kesehatan.

Realisasi indikator di semester I tahun 2025 masih sama dengan realisasi indikator 2024, di mana jumlah alat kesehatan 10 terbesar *by volume* dan *value* yang diproduksi dalam negeri belum ada penambahan. Indikator kinerja ini akan digantikan dengan indikator yang komprehensif dan relevan dengan RIBK dan Rancangan Renstra Tahun 2025–2029 yakni proporsi alkes berteknologi rendah–menengah yang dapat diproduksi dalam negeri dan proporsi alkes berteknologi tinggi yang dapat diproduksi dalam negeri serta indikator RPJMN yakni proporsi jenis alkes yang dapat diproduksi dalam negeri. Hingga saat ini, belum ada standar nasional/internasional yang dijadikan *benchmark* terkait “Jumlah alat kesehatan 10 terbesar *by volume* dan *value* yang diproduksi dalam negeri”. Seperti terlihat dalam grafik berikut:

Grafik 3.45

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Alat Kesehatan 10 Terbesar *by Volume* dan *Value* Semester I Tahun 2025



Daftar Alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.32

Daftar Alat Kesehatan yang Diproduksi di Dalam Negeri Semester I Tahun 2025

No	Nama Pabrik	Nama Produk	Jenis Produk	NIE
1	PT Swayasa Prakarsa	VENINDO V-01ICU Ventilator	Continous ventilator	AKD 20403220252
2	Mindray Medical Indonesia	MINDRAY Digital Ultrasonic Diagnostic Imaging System	Ultrasonic pulsed doppler imaging system	AKD 21501220208
3	PT Gerlink Utama Mandiri	GERLINK Endoscopy Camera System 01 GLECS-01 – Endoscope Camera System	Endoscopy	AKD 20801220158

**BAB III**  
**AKUNTABILITAS KINERJA**

No	Nama Pabrik	Nama Produk	Jenis Produk	NIE
4	PTPCI Elektronik Internasional Batam	VERSANA PREMIER Ultrasound System	Ultrasonic pulsed doppler imaging system	AKD 21501220485
5	PTPCI Elektronik Internasional Batam	B105M Patient Monitor B125M Patient Monitor B155M Patient Monitor B105P Patient Monitor B125P Patient Monitor	Patient Monitor	AKD 20501220484 AKD 20501220485 AKD 20501220486 AKD 20501220487 AKD 20501220488
6	PTD&V International Makmur Gemilang	MINDRAY Patient Monitor uMEC 12A MINDRAY Patient Monitor BeneVision M19 MINDRAY Patient Monitor BeneVision M12 MINDRAY Patient Monitor ePM 15A MINDRAY Patient Monitor BeneVision M15 MINDRAY Patient Monitor ePM 12A MINDRAY Patient Monitor ePM 12MA	Patient Monitor Cardiac monitor (including cardiometer and rate alarm)	AKD 20502320462 AKD 20502320453 AKD 20502320454 AKD 20502320455 AKD 20502320456 AKD 20502320457 AKD 20502320461
7	PTHospi Niaga Utama	COLINN Patient Monitor M15 COLINN Patient Monitor M11 COLINN Patient Monitor M12 COLINN Patient Monitor M10	Patient Monitor Cardiac monitor (including cardiometer and rate alarm).	AKD 20502320518 AKD 20502320519 AKD 20502320517 AKD 20502320509
8	PTPCI Electronic Internasional	VERSANA ESSENTIAL Ultrasound System	Ultrasonic Pulsed Doppler Imaging System	AKD 21501320899

No	Nama Pabrik	Nama Produk	Jenis Produk	NIE
9	PT Mursmedic Jaya Mandiri	MINDRAY BC-11 Auto Hematology Analyzer and Accessories MINDRAY BC-31 Auto Hematology Analyzer and Accessories	Hematology Analyzer Automated differential cell counter	AKD 20205320276 AKD 20205320277
10	PT Poly Jaya Medikal	INDORAY X-Ray Mobile DR 400 INDORAY Radiographic X-Ray Mobile High Frequency 100	X-Ray Mobile	AKD 21501321039; AKD 21501321038;
11	PT Meditronik Hospilab Indonesia	ENDO 4D Digital Ultrasound Diagnostic System	Ultrasonic pulsed doppler imaging system	AKD 21501321251
12	PTHospi Niaga Utama	MINDRAY Diagnostic Ultrasound System Tipe Z50T	Ultrasonic pulsed doppler imaging system	AKD 21501220254
13	PTHospi Niaga Utama	MINDRAY Diagnostic Ultrasound System Tipe Consona N6	Ultrasonic pulsed doppler imaging system	AKD 21501321003
14	PT Jayamas Medica Industri	BIOLIGHT Patient Monitor	Cardiac monitor (including cardiometer and rate alarm)	AKD 20502420142
15	PTHospi Niaga Utama	ZISLINE Patient Monitor SV12	Cardiac monitor (including cardiometer and rate alarm)	AKD 20502420333
16	PT Meditronik Hospilab Indonesia	ENDO Hematology Analyzer EI.HA.11	Peralatan Hematologi Otomatis dan Semi Otomatis (Automated differential cell counter)	AKD 20205420185

No	Nama Pabrik	Nama Produk	Jenis Produk	NIE
17	PT Kalmed Manufaktur Indonesia	KALTECH Patient Monitor	Peralatan Kardiologi Pemantauan Cardiac monitor (including cardiometer and rate alarm)	AKD 20502420023

Sumber data: Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

**Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang pencapaian indikator kinerja adalah:**

- Kolaborasi lintas sektor dalam rangka penguatan jejaring riset dan hilirisasi alat kesehatan dalam negeri.
- Fasilitas pengembangan alat kesehatan UMKM dalam rangka memaksimalkan potensi pengembangan alat kesehatan.
- Koordinasi lintas sektor dalam rangka percepatan riset dan uji klinik alat kesehatan dalam negeri di perguruan tinggi.
- Peningkatan kapasitas dalam rangka Harmonisasi Regulasi: *Global Harmonization Working Party (GHWP) Capacity Building: Excellence In Medical Device Regulation and Innovation.*

- 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:**

- Kurangnya pemahaman SDM pada persetujuan pelaksanaan uji klinik alat kesehatan.
- Belum adanya data riset alkes yang komprehensif di perguruan tinggi dan lembaga penelitian.
- 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.

Belum mendapatkan akses peneliti/dosen perguruan tinggi dari pihak eksternal (Kemendiktisaintek) sesuai kebijakan *research* dalam menerapkan *Platform Data Sharing* pengembangan alat kesehatan.

**Alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi beberapa permasalahan tersebut adalah sebagai berikut:**

- 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 mengembangkan alat kesehatan dalam negeri dan sesuai penerapan ISO 14155:2020.
- Koordinasi lintas program dengan unit-unit terkait dan lintas sektor bersama Kemendiktisaintek, Kementerian Perindustrian, BRIN, industri alat kesehatan dan asosiasi untuk mendata potensi hilirisasi produk inovasi riset alat kesehatan dari perguruan tinggi.
- Melaksanakan FGD percepatan hilirisasi kesiapan bahan baku/komponen alat kesehatan yang melibatkan kementerian/lembaga terkait, industri

alat kesehatan dan asosiasi, 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 industri alat kesehatan, sehingga menghasilkan produk yang dapat digunakan dalam program prioritas pemerintah untuk menghasilkan alat kesehatan berkualitas hasil inovasi dalam negeri.

- Melakukan koordinasi bersama Kemendikbudristek untuk mendapatkan akses peneliti/dosen perguruan tinggi untuk riset dan inovasi dalam bidang alat kesehatan serta koordinasi dengan Pusdatin untuk melakukan integrasi sistem *Platform Data Sharing*.

**Analisis efisiensi sumber daya yang dilakukan antara lain:**

- Optimalisasi kolaborasi dengan jejaring peneliti, industri, dan kementerian/instansi lain dalam pengembangan dan hilirisasi alat kesehatan dalam negeri.
- Sinergisme pelaksanaan riset dan hilirisasi/komersialisasi produk alat kesehatan dalam negeri antar pihak terkait.

- Optimalisasi pendampingan industri alat kesehatan.
- Melakukan *business matching* baik skala kecil maupun menengah untuk melakukan sertifikasi TKDN untuk produk alat kesehatan.

### 3.1.24 Jumlah Vaksin 10 Terbesar yang Diproduksi di Dalam Negeri

Indikator ini bertujuan untuk mewujudkan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh melalui penguatan kemandirian vaksin dalam negeri melalui peningkatan kemampuan dan kapasitas produksi vaksin lokal.

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 3.33

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Vaksin 10 Terbesar yang Diproduksi di Dalam Negeri

INDIKATOR KINERJA	Target 2025		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	Capaian Smt 1 2025
Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri	17	17	100,00%

#### 1. Analisis Upaya Keberhasilan Pencapaian

##### Target Indikator

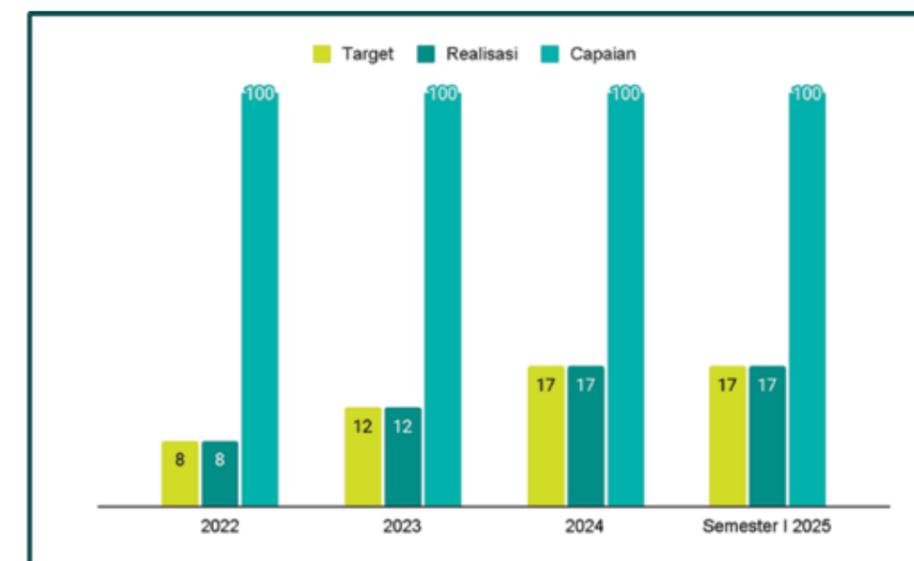
Pada tahun 2023, realisasi indikator kinerja jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri sebesar 12 vaksin, sesuai dengan target yang telah ditetapkan di dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020–2024 yaitu sebesar 12 vaksin dengan capaian 100,00%. Pada Tahun 2024, realisasi indikator 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.

Realisasi indikator di semester I tahun 2025 masih sama dengan realisasi indikator 2024, di mana jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri belum ada penambahan. Indikator kinerja ini akan digantikan dengan indikator yang komprehensif dan relevan dalam RPJMN, RIBK, dan Rancangan Renstra Tahun

2025–2029 yakni indikator proporsi jenis produk biologi dan vaksin yang dapat diproduksi dalam negeri. Hingga saat ini, belum ada standar nasional/internasional yang dijadikan *benchmark* terkait “Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri”. Seperti terlihat dalam grafik berikut:

Grafik 3.46

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Vaksin 10 Terbesar yang Diproduksi di Dalam Negeri Semester I Tahun 2025



Daftar vaksin yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.34

Daftar Vaksin yang Dikembangkan dan Diproduksi Dalam Negeri

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

No	Nama Produk	Produsen	Kemasan
5	Vaksin Hepatitis B Rekombinan	PT Bio Farma	Prefilled Syringe (Uniject) @1mL
6	Vaksin HiB	PT Bio Farma	Vial @ 0,5 mL (1 dosis)
7	Bivalent Oral Poliomyelitis vaccine types 1& 3	PT Bio Farma	Vial @ 1mL
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)

Sumber data: Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

Tahapan pengembangan vaksin dan produk biologi lazimnya terbagi menjadi 3 tahap, *upstream* (proses pembuatan *seed*) dan *downstream* (proses formulasi dan *fill and finish*) serta *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 diantaranya *gap analysis* terhadap fasilitas resipien teknologi yang digunakan sebagai penentu kesepakatan kerja sama, penyiapan fasilitas dan SDM sesuai dengan standar pemberi teknologi dan proses sertifikasi GMP (*Good Manufacturing Practices*) pada fasilitas untuk mendapatkan izin edar.

**Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah:**

- 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.
- 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.
- Penandatanganan MoU untuk meningkatkan akses terhadap obat dan vaksin di Indonesia antara Kementerian Kesehatan dan MPP. 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.

- 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:**

- Persiapan fasilitas produksi vaksin membutuhkan waktu yang cukup lama karena keterbatasan sumber daya yang ada dan proses yang panjang. Vaksin mengandung bakteri/virus sehingga fasilitasnya tidak dapat dicampur antara produk dengan produk lainnya. Untuk itu, industri vaksin perlu menyiapkan fasilitas produksi khusus seperti yang dialami pada vaksin rotavirus.
- Riset vaksin yang dikembangkan oleh industri dalam negeri dari tahap hulu/*drug substance* terkendala dalam menemukan antigen yang tepat dan proses pembuatan yang optimal.

**Alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi beberapa permasalahan tersebut adalah sebagai berikut:**

- Monitoring dan evaluasi serta berkoordinasi secara intensif dengan Industri untuk mengetahui progress pengembangan, kendala serta merumuskan solusi/rekomendasi terkait pengembangan vaksin dalam negeri.
- Fasilitasi peninjauan kerja sama transfer teknologi dengan mitra luar negeri.

**Analisis efisiensi sumber daya yang dilakukan antara lain:**

- Pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi dengan industri dilakukan melalui metode daring. Selain itu, untuk optimalisasi penggunaan sumber daya yang tersedia, pertemuan dengan organisasi internasional dengan industri dalam negeri juga dilakukan melalui metode *hybrid*.

### 3.1.25 Presentase 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:**

- Deteksi dini dan respons penyakit potensial KLB/wabah/KKM yakni kabupaten/kota yang melakukan respon sinyal yang muncul pada SKDR minimal 80%.
- Pemetaan risiko penyakit infeksi emerging yakni kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko untuk sekurangnya 3 penyakit *emerging (re/new emerging)* yang sudah ditentukan.
- Pengendalian vektor yakni persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 20% Puskesmasnya melakukan surveilans/pengendalian vektor dan/atau binatang pembawa penyakit.

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

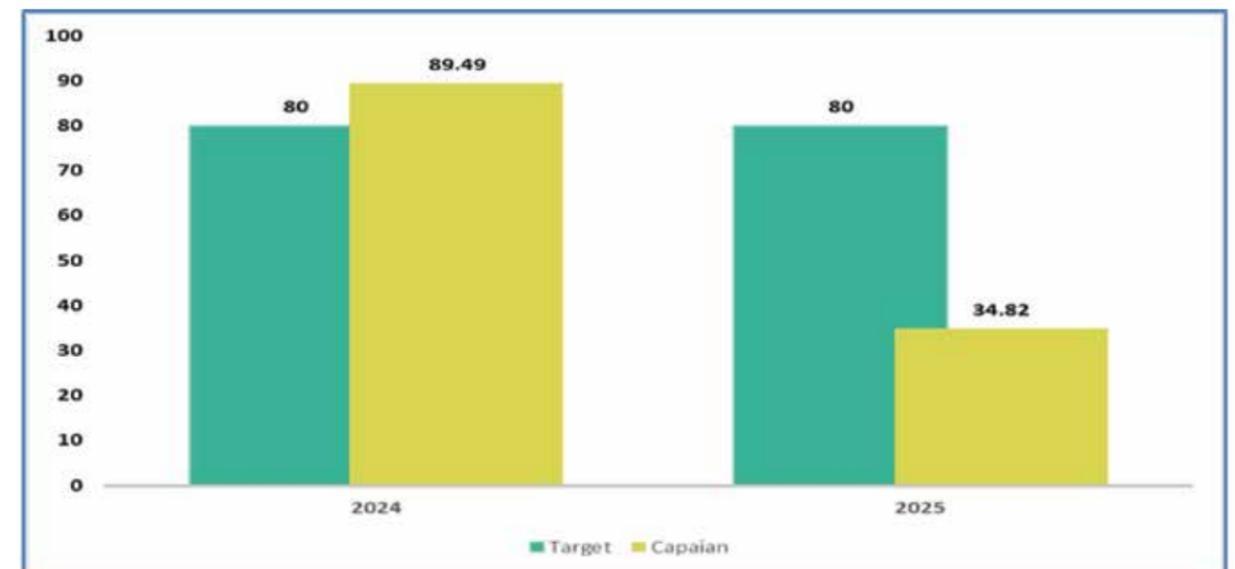
Kabupaten/kota yang masuk dalam perhitungan pencapaian adalah yang memenuhi semua target upaya 1, 2, 3, jika salah satu target/ upaya tidak terpenuhi maka kabupaten/kota terkait tidak masuk dalam perhitungan pencapaian.

Pada Semester I tahun 2025 capaian untuk indikator persentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah telah melebihi

target yakni tercapai 34,82% dari target 80% dengan capaian kinerja sebesar 43,52%. Indikator persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah merupakan indikator dalam Renstra Tahun 2022–2024. Perbandingan target dan capaian indikator persentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah digambarkan dalam grafik berikut ini:

**Grafik 3.47**

**Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Respons KLB/Wabah**



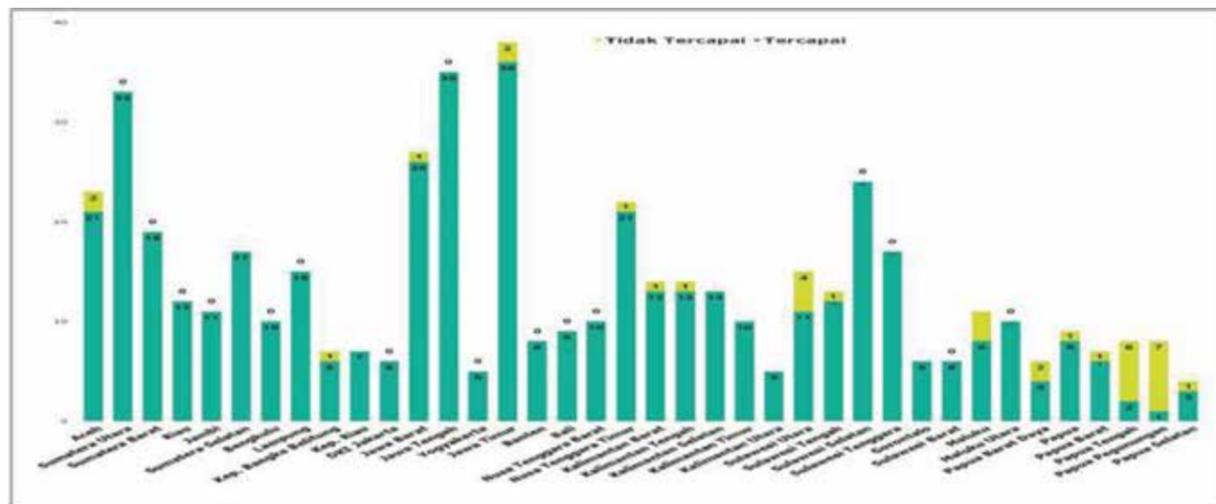
### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Grafik di atas menunjukkan capaian indikator tahun 2024 telah mencapai target dan capaian Semester I Tahun 2025 belum mencapai target dari yang ditetapkan. Pada Semester I Tahun 2025, sebanyak 179 kabupaten/kota telah mencapai indikator nasional dengan tercapainya ketiga indikator komposit deteksi dan respon penyakit potensial KLB dan faktor risikonya dan masih ada 335 kabupaten/kota yang belum tercapai semua indikator komposit diatas. Indikator ini merupakan hasil dari 3 indikator komposit yakni SKDR, pemetaan risiko dan pengendalian vektor dengan hasil sebagai berikut:

1. Kabupaten/kota yang melakukan respon sinyal yang muncul pada SKDR minimal 80% telah tercapai 93%. Capaian per provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.48

Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Melakukan Respons Sinyal yang Muncul pada SKDR Minimal 80% Berdasarkan Provinsi



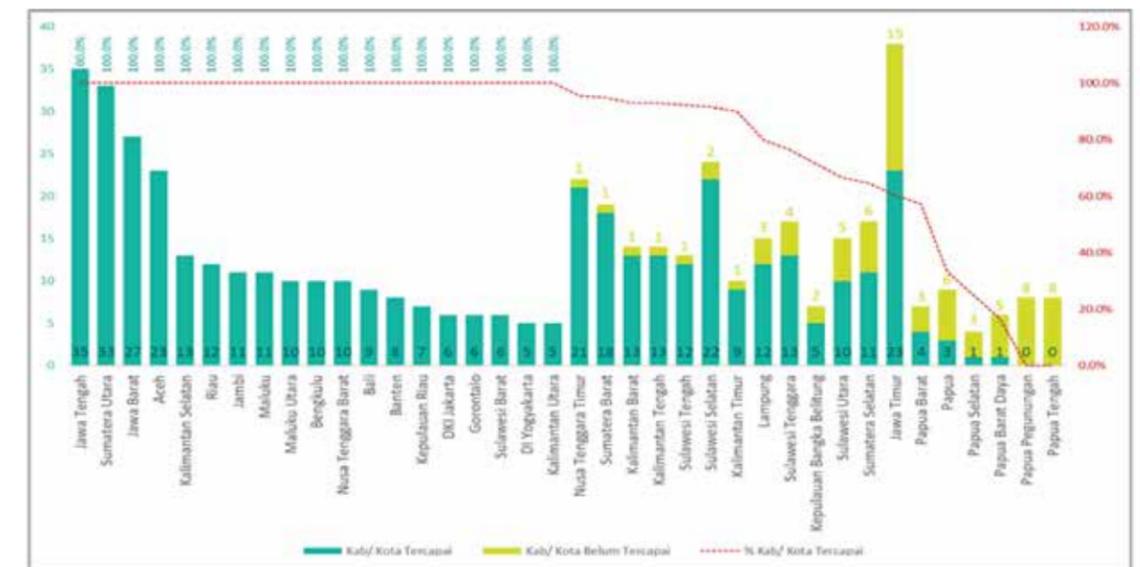
Sumber Data: Laporan Direktorat SKK, Juni 2025

Grafik di atas menunjukkan, secara nasional terdapat 479 kabupaten/kota dari 510 kabupaten/kota yang muncul alert telah melakukan respons alert minimal 80%.

2. Kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko untuk sekurangnya 4 penyakit emerging (re/new emerging) yang sudah ditentukan adalah 85,21% dari 514 kabupaten/kota. Capaian per provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.49

Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Melakukan Pemetaan Risiko untuk Sekurangnya 4 Penyakit Emerging (Re/New Emerging) Berdasarkan Provinsi



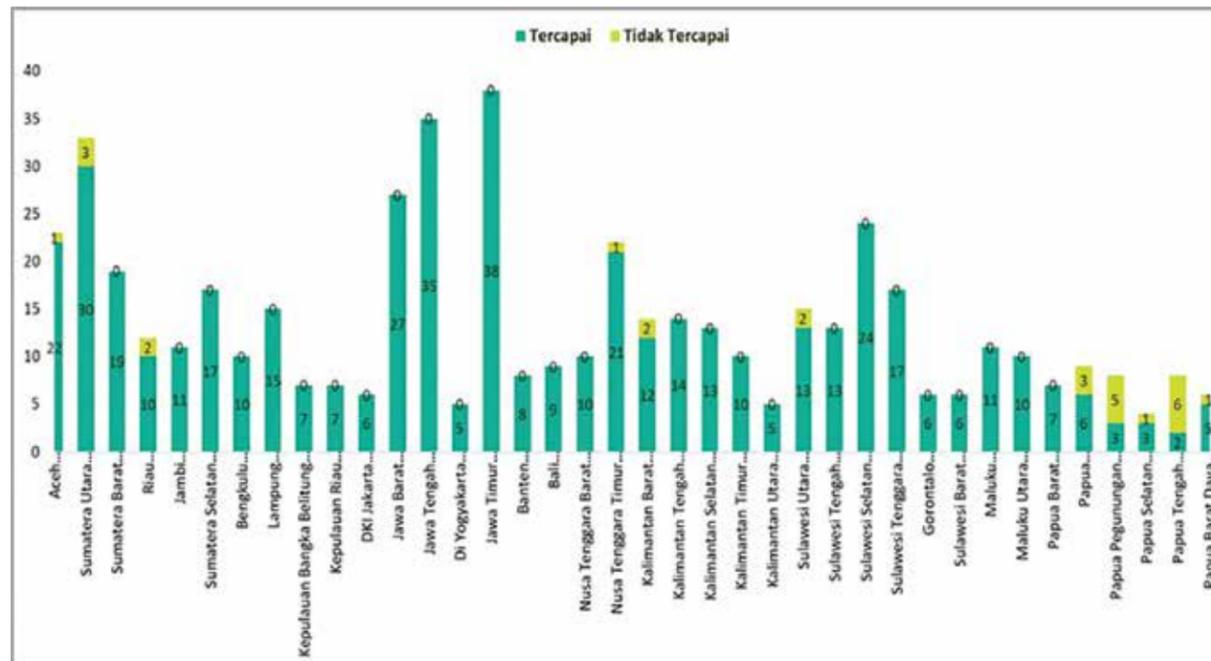
Sumber Data: Laporan Direktorat SKK, Juni 2025

Grafik di atas menunjukkan sebagian besar provinsi di Indonesia dengan performa yang sangat baik dalam pelaksanaan pemetaan risiko (melakukan pengisian 4 tools PIE) penyakit emerging sampai dengan Semester I tahun 2025. Provinsi Jawa Tengah, Sumatera Utara, Jawa Barat bersama 16 provinsi lain telah menyelesaikan pemetaan risiko PIE di seluruh kabupaten/kotanya. Namun demikian, kesenjangan capaian masih tampak di beberapa wilayah timur Indonesia, khususnya Papua Tengah dan Papua Pegunungan, yang belum melaporkan satupun kabupaten/kota memenuhi target. Capaian yang belum merata ini mencerminkan tantangan nyata dalam implementasi program di lapangan, baik dari sisi geografis, sumber daya, maupun kapasitas teknis. Untuk memperkuat kesiapsiagaan nasional secara menyeluruh, perlu adanya pendekatan yang lebih terfokus di wilayah dengan capaian rendah.

3. Kabupaten/kota yang memiliki minimal 20% Puskesmasnya melakukan surveilans/pengendalian vektor dan/atau binatang pembawa penyakit adalah 45%.

Grafik 3.50

Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang Memiliki Minimal 25% Puskesmasnya Melakukan Surveilans/Pengendalian Vektor dan/atau Binatang Pembawa Penyakit Berdasarkan Provinsi



Grafik diatas menunjukkan terdapat 487 kabupaten/kota yang memiliki minimal 25% puskesmas melaksanakan surveilans/pengendalian vektor.

**Untuk mencapai target indikator dilakukan upaya melalui kegiatan antara lain:**

- Evaluasi Kinerja SKDR Provinsi yang bertujuan untuk menilai hasil implementasi SKDR di kabupaten/kota dan mengidentifikasi permasalahan di wilayah.
- Koordinasi dengan LP/LS dalam Rangka Penguatan Program Surveilans.
- Dukungan SMS Gateway SKDR dan Whatsapp Business API (WABA) Gateway SKDR untuk pelaporan penyakit mingguan SKDR.
- Pelatihan Analisis Data dan Komunikasi untuk 2 provinsi.
- Pertemuan nasional SKDR yang melibatkan Kabid P2P Dinkes Provinsi, penanggung jawab SKDR tingkat Provinsi, penanggung jawab SKDR 2 kabupaten/kota terpilih dari setiap provinsi.
- Supervisi Kewaspadaan Dini dan Respon Penyakit Potensial KLB.
- Mengembangkan sistem penginputan tools pemetaan risiko PIE berbasis website yang digunakan oleh pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

- Melakukan sosialisasi dan pendampingan teknis kepada kabupaten/kota dalam melakukan pengisian tools pemetaan risiko PIE secara rutin. Pendampingan teknis dilakukan secara daring maupun secara langsung pada kesempatan kunjungan supervisi.
- Melakukan monitoring rutin perkembangan pengisian tools pemetaan risiko PIE.
- Memperkuat peran petugas Dinas Kesehatan Provinsi yaitu mereview dan persetujuan hasil pengisian tools pemetaan risiko PIE, melakukan monitoring rutin kepada kabupaten/kota, termasuk memberikan dukungan data-data yang diperlukan oleh kabupaten/kota ketika melakukan pengisian tools pemetaan risiko PIE.
- Supervisi surveilans dan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota.

- 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.
- Supervisi sistem informasi surveilans vektor dan binatang pembawa penyakit (Silantor) di provinsi/kabupaten/kota.
- Sosialisasi sistem informasi surveilans vektor dan binatang pembawa penyakit (Silantor) yang dilaksanakan secara virtual dengan peserta Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan Puskesmas.
- Pengadaan Bahan Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit untuk mendukung kegiatan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit di daerah.
- Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dalam Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit yang dilaksanakan bersama mitra.

**Indikator ini belum mencapai target pada Semester I tahun 2025, faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target antara lain:**

- Penyampaian *feedback* kinerja SKDR mingguan dalam bentuk buletin SKDR yang disampaikan secara berjenjang ke Dinkes Provinsi/Kabupaten/Kota dan Puskesmas belum dilakukan secara maksimal dan belum tersampaikan secara konsisten berjenjang.
- Evaluasi bulanan pencapaian target indikator SKDR per provinsi dan kabupaten/kota belum terlaksana secara rutin atau menyeluruh.
- Tersedianya pedoman dan SOP dalam pelaksanaan kewaspadaan dini, pemetaan faktor risiko dan pelaksanaan surveilans vektor dan binatang pembawa penyakit belum tersedia secara menyeluruh atau merata sehingga implementasinya belum optimal.
- Evaluasi bulanan pencapaian target indikator pengendalian vektor per provinsi dan kabupaten/kota oleh penanggung jawab Binwil belum terlaksana secara maksimal atau secara berkala.

- Pendampingan pelatihan kepada pengelola pengendalian vektor di daerah belum terlaksana atau belum terjangkau di seluruh wilayah sehingga belum adanya peningkatan secara signifikan.
- Pendampingan teknis kepada kabupaten/kota dalam melakukan pengisian *tools* pemetaan risiko PIE pada periode Februari - Juni 2025 belum dilakukan dengan frekuensi yang lebih banyak dan belum terjadwal secara rutin.
- Belum dilaksanakannya secara menyeluruh monitoring rutin perkembangan pengisian *tools* pemetaan risiko PIE kepada provinsi dan kabupaten/kota untuk memacu pengisian *tools* pemetaan risiko PIE.
- Dukungan data-data yang diperlukan oleh kabupaten/kota untuk mempercepat pengisian *tools* pemetaan risiko PIE belum memenuhi atau tercapai.

**Dalam upaya pencapaian indikator ditemukan faktor yang menjadi penghambat dalam pencapaian indikator, yakni:**

- Komitmen dan dukungan pemangku kebijakan di daerah.
- Masih terbatasnya tenaga epidemiologi di unit pelapor/kabupaten/kota/provinsi dan *Turn Over* petugas terlatih yang tinggi.

- Komitmen petugas kabupaten/kota dalam menyelesaikan pemetaan risiko PIE yang mana belum seluruhnya berkomitmen.
- Ketersediaan data dari lintas program dan lintas sektor yang akan di-*input* dalam *tools* pemetaan risiko PIE, dimana membutuhkan waktu untuk mengumpulkan data-data tersebut.
- Pemahaman petugas provinsi/kabupaten/kota dalam melakukan pemetaan risiko PIE seperti penggunaan fitur *website* pemetaan risiko PIE dan pemahaman maksud setiap pertanyaan baik *tools* lama maupun baru.
- Petugas yang mengkoordinir pemetaan risiko PIE juga memiliki tugas memegang program yang lain di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Keterbatasan anggaran akibat kebijakan efisiensi anggaran, mengakibatkan daerah yang lambat dalam pelaksanaan pemetaan risiko PIE tidak dapat dilakukan kunjungan langsung untuk pendampingan pengisian *tools* pemetaan risiko PIE.

- Masih terbatasnya tenaga entomolog kesehatan dan tenaga terlatih di unit pelapor/kabupaten/kota/Provinsi.
- Anggaran daerah untuk program pengendalian vektor belum menjadi prioritas
- Pemberian alih tugas pengelola pengendalian vektor yang sudah dilatih sehingga diperlukan pelatihan kembali kepada petugas yang baru.

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

- Advokasi dan asistensi ke daerah secara rutin.
- Pelatihan tenaga fungsional epidemiologi (*frontline* dan *intermediate*)
- Pelatihan TGC untuk Puskesmas dan kabupaten/kota.
- Feedback berupa buletin SKDR tingkat nasional dan provinsi secara rutin per bulan.
- Penguatan advokasi dan Bimbingan Teknis ke Dinkes Provinsi/Kabupaten/Kota.
- Berkoordinasi dengan Badan Kepegawaian Daerah (BKD) untuk membuat peta jabatan epidemiologi di RS.

- Untuk puskesmas yang koneksi internetnya kurang, maka dinkes kabupaten harus memasukkan laporannya ke dalam website SKDR.
- Pendampingan teknis kepada kabupaten/kota dalam melakukan pengisian *tools* pemetaan risiko PIE.
- Monitoring rutin perkembangan pengisian *tools* pemetaan risiko PIE kepada provinsi dan kabupaten/kota.
- Dukungan data-data yang diperlukan oleh kabupaten/kota untuk mempercepat pengisian *tools* pemetaan risiko PIE.
- Penguatan anggaran dan penambahan menu kegiatan untuk mendukung capaian program pengendalian vektor melalui Dekonsentrasi dan DAK (BOK).
- *Feedback* berupa surat yang berisi laporan capaian provinsi secara rutin.
- Pelatihan tenaga entomolog kesehatan di tingkat provinsi/kabupaten/kota dan Puskesmas.
- 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.

- *On the job training* dan pendampingan pelatihan tentang surveilan dan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit di daerah.

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.

Prov memilik 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 2023 adalah sebagai berikut:

### 3.1.26 Persentase Provinsi yang Sudah Memiliki Sistem Penanganan Bencana dan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Sesuai Standar

Definisi operasional dari indikator ini adalah jumlah provinsi yang memiliki Tim Penanganan Bencana dan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat sesuai standar dan provinsi yang memiliki tenaga cadangan terlatih untuk penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar.

**Tabel 3.35 Analisis Capaian Kinerja Indikator Sistem Penanganan Bencana**

No	Indikator Sasaran Strategis	Capaian 2022	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target 2025	Capaian Smt I 2025	Keterangan
1	Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar	-	34 (100%)	38	100	38	38	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 3.36**

**Jumlah Provinsi yang Sudah Memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau Klaster Kesehatan sampai dengan Akhir Semester I Tahun 2025 (Puskrisis)**

No	Provinsi Yang Sudah Memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau Klaster Kesehatan	No	Provinsi Yang Sudah Memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau Klaster Kesehatan
1	Provinsi Jambi	18	Provinsi Papua Barat
2	Provinsi Kepulauan Bangka Belitung	19	Provinsi Gorontalo
3	Provinsi Sulawesi Selatan	20	Provinsi Bengkulu
4	Provinsi Bali	21	Provinsi Aceh
5	Provinsi DKI Jakarta	22	Provinsi Kepulauan Riau
6	Provinsi Banten	23	Provinsi Nusa Tenggara Barat
7	Provinsi Sumatera Selatan	24	Provinsi Kep. Bangka Belitung
8	Provinsi Sulawesi Tengah	25	Provinsi Jawa Barat
9	Provinsi Kalimantan Selatan	26	Provinsi Jawa Tengah
10	Provinsi Maluku Utara	27	Provinsi D.I. Yogyakarta
11	Provinsi Kalimantan Barat	28	Provinsi Jawa Timur
12	Provinsi Sulawesi Utara	29	Provinsi Kalimantan Utara
13	Provinsi Sulawesi Barat	30	Provinsi Sumatera Utara
14	Provinsi Nusa Tenggara Timur	31	Provinsi Riau
15	Provinsi Kalimantan Timur	32	Provinsi Lampung
16	Provinsi Maluku	33	Provinsi Kalimantan Tengah
17	Provinsi Papua	34	Provinsi Sumatera Barat
		35	Provinsi Papua Selatan
		36	Provinsi Papua Barat Daya
		37	Provinsi Papua Pegunungan
		38	Provinsi Papua Tengah

**1. Analisis Pencapaian**

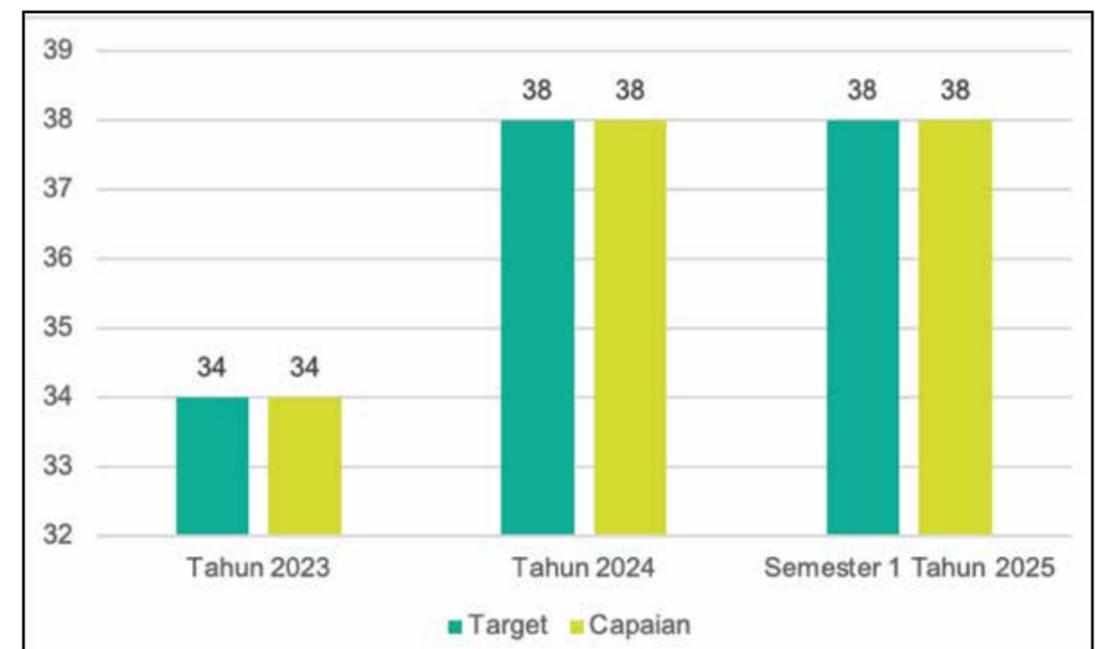
Padaindikatorsistempenangananbencana yang digunakan oleh Pusat Krisis Kesehatan merujuk pada sasaran pembangunan yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2020–2024. Berdasarkan hal tersebut kemudian diturunkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana 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 3.51**

**Tren Perbandingan Target & Realisasi Indikator Sasaran Strategis Tahun 2022, 2023, 2024, & Semester I Tahun 2025**



Sesuai grafik di atas, pada Semester I Tahun 2025, pencapaian target indikator kinerja Pusat Krisis Kesehatan masih sama dengan tahun 2024. Hal ini dikarenakan target yang digunakan masih sama dengan tahun sebelumnya sesuai dengan perjanjian kinerja saat ini. Dari grafik di atas terlihat perbandingan antara target dan capaian dalam tiga periode waktu: tahun 2023, 2024, dan Semester I Tahun 2025. Terlihat bahwa pada tahun 2023, baik target maupun capaian berada pada angka 34. Hal ini menunjukkan bahwa capaian telah sesuai dengan target yang ditetapkan, meskipun nilai tersebut masih tergolong rendah dibandingkan dengan dua periode berikutnya. Konsistensi antara target dan capaian menunjukkan perencanaan yang realistis dan pelaksanaan yang sesuai.

Pada Semester I Tahun 2025, target dan capaian masih berada pada angka 38, yang berarti tidak terjadi peningkatan lebih lanjut dibanding tahun 2024, namun stabilitas tetap terjaga. Hal ini bisa diartikan bahwa organisasi mempertahankan standar tinggi yang telah dicapai sebelumnya. Stabilitas capaian di tengah berbagai dinamika yang mungkin terjadi pada awal tahun menunjukkan ketahanan sistem dan kemampuan adaptasi yang baik. Namun, stagnasi ini juga bisa menjadi catatan penting: perlu adanya evaluasi apakah target tetap relevan atau perlu ditingkatkan untuk mendorong pertumbuhan lebih lanjut.

Sekretariat Jenderal melalui Pusat Krisis Kesehatan telah melaksanakan program pelatihan yang komprehensif, dengan fokus pada peningkatan kapasitas sumber daya manusia dalam menghadapi situasi krisis kesehatan.

Program ini direncanakan untuk dilaksanakan pada tahun anggaran 2024 dan mencakup berbagai aspek penting, seperti manajemen krisis, koordinasi tim medis, serta teknik penanganan darurat yang efisien.

Selain itu, pelatihan ini juga akan dilengkapi dengan simulasi praktis dan evaluasi berkala untuk memastikan bahwa para peserta memiliki keterampilan yang memadai dalam merespons krisis kesehatan dengan cepat dan tepat. Dalam proses pencapaiannya juga tidak dapat terlepas dari beberapa poin penting, yakni:

Respons cepat terhadap situasi krisis, yang melibatkan koordinasi yang baik dengan berbagai pihak terkait, termasuk pemerintah daerah dan pihak swasta.

Manajemen dan distribusi sumber daya kesehatan, seperti obat-obatan, vaksin, dan peralatan medis dikelola secara efisien untuk memenuhi kebutuhan yang mendesak.

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:

Secara umum capaian dalam indikator sasaran strategis ini sudah terpenuhi, yakni 38 provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat.

Namun beberapa klaster kesehatan dirasa belum berjalan dengan optimal, khususnya pada masa pra krisis.

Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota masih membutuhkan dukungan pusat untuk melakukan upaya pengurangan risiko dan penanggulangan darurat krisis kesehatan.

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

Komitmen tinggi dari pemerintah pusat dan daerah dalam mengimplementasikan dan mendukung pengembangan sistem

penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar.

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.

Ketersediaan anggaran dan sumber daya lainnya yang memadai untuk pengembangan infrastruktur, pelatihan tenaga kerja, dan pengadaan peralatan yang diperlukan.

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.

Keterlibatan aktif masyarakat dalam proses perencanaan, implementasi, dan evaluasi sistem penanganan bencana, termasuk melalui pelatihan relawan bencana dan pengembangan kapasitas komunitas.

Sistem yang efektif untuk monitoring dan evaluasi terhadap implementasi sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat, serta kemampuan untuk melakukan perbaikan berkelanjutan.

Dalam setiap pelaksanaan kegiatan selalu disertai dengan monitoring evaluasi yang

berkesinambungan dan serta penggunaan Sumber Daya Manusia (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.

Untuk menyelesaikan permasalahan mengenai beberapa klaster kesehatan yang belum berjalan dengan optimal, khususnya pada masa krisis diperlukan pendekatan yang lebih holistik dan terintegrasi, diantaranya:

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.

Penyusunan rencana kontingensi yang komprehensif dan berbasis data harus dilakukan, mencakup identifikasi potensi risiko, strategi mitigasi, serta alokasi sumber daya yang tepat.

Pelatihan dan simulasi berkala bagi Tenaga Cadangan Kesehatan (TCK) juga sangat penting untuk memastikan kesiapan menghadapi situasi darurat.

Dengan langkah-langkah solusi ini diharapkan kinerja klaster kesehatan dapat lebih optimal dan meminimalkan dampak risiko krisis kesehatan akibat bencana.

### 3.1.27 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 kesehatan. Sumber data layanan skrining didapatkan dari BPJS Kesehatan.

Adapun 14 layanan skrining kesehatan untuk penyakit hipotiroid kongenital, anemia, tuberkulosis, hepatitis, diabetes melitus, dan hipertensi. Kemudian penyakit jantung, stroke, Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK), thalasemia, kanker payudara, kanker leher rahim, kanker paru dan kanker usus.

**Layanan skrining kesehatan dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Skrining. Perhitungan Indikator dilakukan melalui 2 tahap yaitu:**

1. Menghitung cakupan 14 layanan skrining kesehatan, 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 kesehatan, dengan cara total cakupan 14 layanan skrining dibagi 14.

**Formula penghitungan capaian skrining saat ini didapatkan dari:**

- Pembilang: Jumlah skrining pelayanan kesehatan yang dilakukan melalui pemeriksaan gula darah puasa atau post prandial untuk diabetes mellitus dan pemeriksaan tekanan darah untuk hipertensi.
- Penyebut: Jumlah peserta JKN yang mengisi *self assessment* melalui skrining riwayat kesehatan (SRK) dengan hasil berisiko menderita penyakit diabetes mellitus atau hipertensi

Menindaklanjuti perubahan kebijakan tahun 2025–2029 dan perubahan SOTK Kemenkes, indikator persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan tidak dilanjutkan. Namun, pada perencanaan tahun 2025–2029 telah dirumuskan indikator-indikator yang menggambarkan penyediaan layanan skrining sesuai siklus hidup yang diampu oleh Unit Utama Kemenkes sesuai tugas dan fungsinya pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 Tahun 2024 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

**Perhitungan capaian ISS skrining kesehatan tahun 2024 menggunakan data laporan BPJS Kesehatan sampai dengan 31 Desember 2024, untuk mengetahui jumlah peserta yang melakukan pengisian skrining riwayat kesehatan dan jumlah pemeriksaan gula darah/post prandial yang telah dilakukan. Berdasarkan data BPJS Kesehatan tersebut, diketahui:**

1. Sebanyak 265.179 peserta JKN yang mengisi *self assessment* memiliki risiko DM Sedang dan Tinggi, dengan jumlah peserta yang diskrining DM (pemeriksaan GDP-GDPP) sebanyak 816.888 peserta atau sebesar 308%. Capaian ini melebihi 100% karena untuk mendapatkan

skrining pemeriksaan Gula Darah Puasa/*post prandial*, peserta tidak diharuskan mengisi *self assessment* terlebih dahulu.

2. Sebanyak 2.114.079 peserta JKN memiliki risiko hipertensi sedang dan tinggi, dengan jumlah peserta yang diskruining hipertensi (pemeriksaan tekanan darah) sebanyak 1.611.702 peserta atau sebanyak 76%. Cakupan pemeriksaan tekanan darah di FKTP masih rendah karena biaya pelaksanaan masuk dalam skema pembayaran kapitasi, sehingga potensi pemeriksaan tidak tercatat/terlaporkan tinggi.

3. Rerata % cakupan untuk 2 penyakit tersebut =  $(308\%+76\%)/2 = 192\%$ . Sehingga diperoleh capaian sebesar 192%.

**Beberapa dinamika penerbitan kebijakan sepanjang tahun 2023 dan 2024 untuk mengakomodir perluasan manfaat skrining pelayanan kesehatan menjadi 14 layanan skrining kesehatan yaitu:**

- Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;

- 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;

- 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

- Sosialisasi Implementasi Per BPJS 3/2024 tanggal 4-5 Desember 2024 dengan melibatkan Lintas Program Kemenkes, BPJS Kesehatan, K/L terkait (Kemendagri, Kemenkeu) dan Fasilitas Kesehatan

**Tabel 3.37**

**Pelaksanaan Skrining Kesehatan Tertentu Diabetes Melitus dan Hipertensi Semester I Tahun 2025**

Jenis Pemeriksaan	Total Skrining (Orang)	Beresiko (orang)
Pemeriksaan GDP dan GDPP	43.652.777	265.179
Pemeriksaan Tekanan Darah	43.652.777	2.114.079

Sumber: Data BPJS Kesehatan Mei-Desember Tahun 2024

**Berdasarkan data skrining riwayat kesehatan dan data skrining layanan kesehatan diketahui bahwa perhitungan capaian target indikator skrining kesehatan hanya dapat mengukur 2 dari 14 layanan skrining, sebagai berikut:**

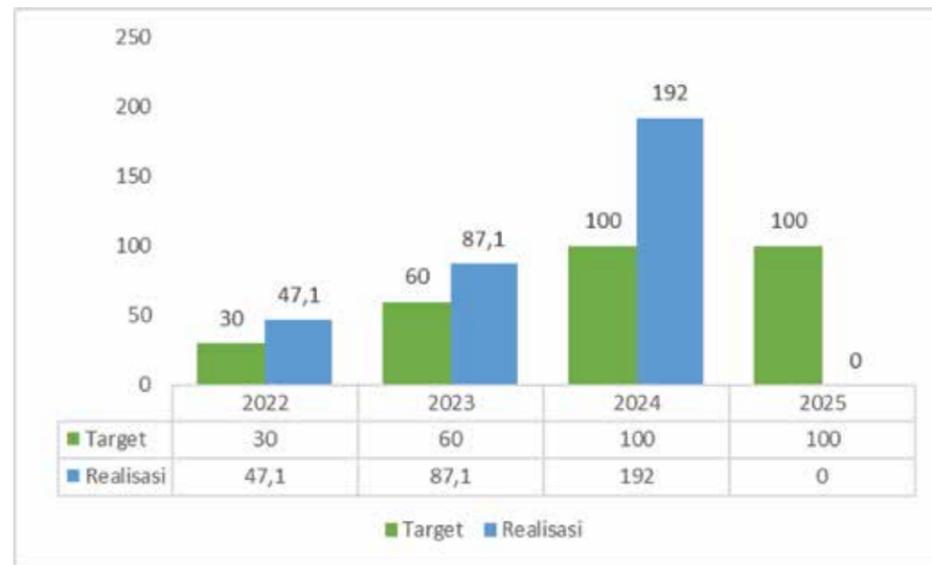
1. Cakupan kelompok berisiko diabetes melitus.

Jumlah peserta dengan hasil skrining riwayat kesehatan untuk risiko 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 risiko 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 3.52

Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan Tahun 2023, 2023, 2024, & Semester I Tahun 2025



Capaian target Indikator persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan tahun 2023–2024 telah berhasil melampaui target, bahkan pada akhir tahun 2024 indikator tersebut melampaui target 100%, dengan capaian 192%.

#### 1. Analisis pencapaian

- Telah terbit Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
- 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.

- 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 Jaminan Kesehatan.

- Sosialisasi Implementasi Peraturan BPJS 3/2024 tanggal 4–5 Desember 2024 dengan melibatkan Lintas Program Kemenkes, BPJS Kesehatan, kementerian/lembaga terkait (Kemendagri, Kemenkeu) dan Fasilitas Kesehatan.
- Telah ada perjanjian/kesepakatan (MoU) Interoperabilitas Data dengan BPJS Kesehatan dan saat ini menunggu proses implementasi.

#### Permasalahan dalam pelaksanaan skrining kesehatan yaitu:

- 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, tapi implementasi dari ketentuan tersebut tidak dapat langsung dilakukan di lapangan karena masih menunggu revisi Peraturan BPJS 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.

- 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.

- 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 permasalahan tersebut di atas, alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah:

- Penguatan Implementasi perluasan 14 layanan skrining kesehatan di tahun 2025 dengan penyiapan infrastruktur pendukung oleh BPJS Kesehatan.
- Pembahasan perbaikan *dashboard* JKN untuk mengakomodir monitoring pelaksanaan perluasan skrining.

- 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*.
- Memasukkan pelaksanaan skrining ke dalam usulan Indikator Capaian Kinerja (ICK) BPJS Kesehatan.

langsung rumah tangga untuk kesehatan dibanding dengan total belanja kesehatan nasional. Indikator ini dihitung berdasarkan data *National Health Accounts* (NHA) tahun sebelumnya (T-1) dengan rumus:

$$\text{Proporsi OOP (\%)} = \frac{\text{Jumlah Belanja OOP}}{\text{Total Belanja Kesehatan}} \times 100$$

Sedangkan untuk mengukur pencapaian target, digunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Persentase Realisasi Target (\%)} = \frac{\text{Target} - (\text{Realisasi} - \text{Target})}{\text{Target}} \times 100$$

Sesuai dengan upaya Kemenkes dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemerataan akses layanan kesehatan, pengendalian penyakit, penguatan ketahanan sistem kesehatan, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan, indikator OOP dapat memberikan gambaran tentang aksesibilitas dan kesenjangan dalam sistem kesehatan sehingga indikator ini berlanjut menjadi ISS Kemenkes pada rencana strategis tahun 2025–2029. Namun, menindaklanjuti perubahan SOTK Kemenkes, indikator Proporsi OOP terhadap Total Belanja Kesehatan di tahun 2025–2029 diampu oleh Pusat Pembiayaan Kesehatan (Pusbikes) di Sekretariat Jenderal.

### 3.1.28 Proporsi Out Of Pocket (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan

Definisi Operasional indikator Proporsi *Out of Pocket* (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan adalah adalah Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan yang dihasilkan dari produksi *National Health Accounts* (NHA) T-1. Cara perhitungan indikator Proporsi *Out of Pocket* (OOP) adalah Jumlah belanja *Out of Pocket* (OOP) dibagi total belanja kesehatan dikali 100.

Cara perhitungan persentase realisasi semakin rendah semakin baik adalah Proporsi *Out of Pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan merupakan indikator yang menggambarkan besarnya pengeluaran

Grafik 3.53



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.

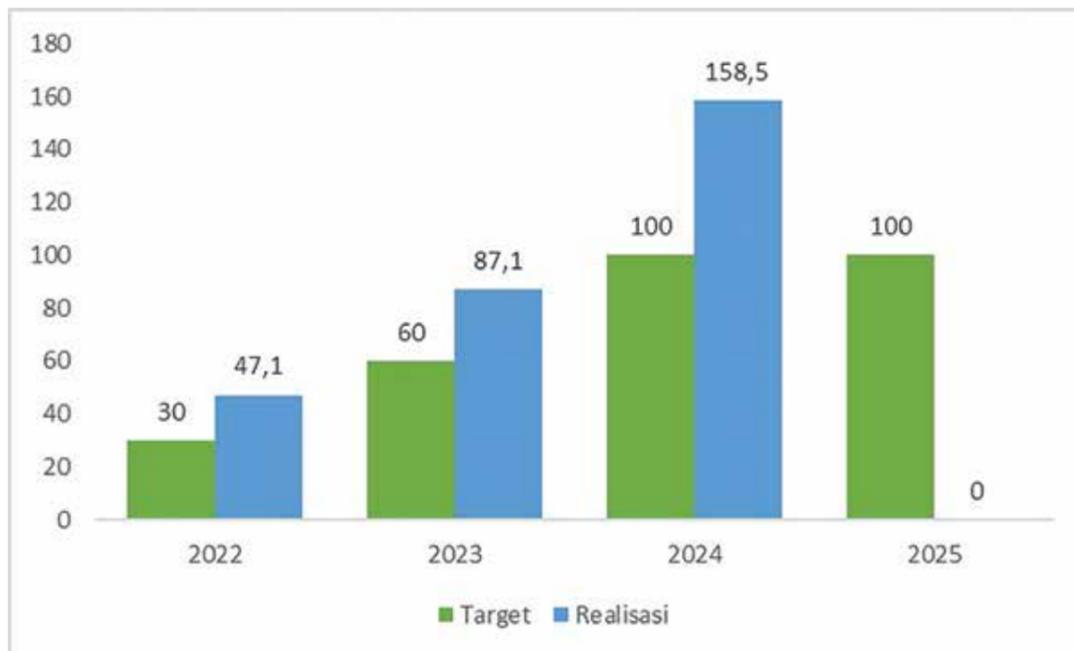
Pada tahun 2024, produksi NHA untuk data tahun 2023 menunjukkan data belanja OOP sebesar Rp 175,5 triliun, sementara total belanja kesehatan mencapai Rp 614,5 triliun. Dengan demikian, proporsi OOP terhadap total belanja

kesehatan mencapai 28,6%, yang masih belum mencapai target tahun 2024 sebesar 20%.

Sesuai dengan upaya Kemenkes dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemerataan akses layanan kesehatan, pengendalian penyakit, penguatan ketahanan sistem kesehatan, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan, indikator OOP dapat memberikan gambaran tentang aksesibilitas dan kesenjangan dalam sistem kesehatan. Sehingga indikator ini berlanjut menjadi ISS Kemenkes pada rencana strategis tahun 2025–2029. Namun, menindaklanjuti perubahan SOTK Kemenkes, indikator Proporsi OOP terhadap Total Belanja Kesehatan di tahun 2025–2029 diampu oleh Pusat Pembiayaan Kesehatan (Pusbikes) di Sekretariat Jenderal.

Grafik 3.54

Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Proporsi Out of Pocket (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan Tahun 2022, 2023, 2024, dan Semester I Tahun 2025



Indikator OOP merupakan indikator negatif yaitu semakin kecil proporsi OOP semakin baik capaiannya. Indikator Proporsi *Out of Pocket* (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:

- Penyusunan SK Tim Reviewer dan SK Tim Teknis pengolahan data yang mendukung produksi NHA t-1, termasuk pengolahan data belanja OOP.
- Triangulasi estimasi perhitungan belanja OOP kepada BPS

Beberapa faktor penghambat dalam menurunkan OOP di Indonesia berasal dari beberapa faktor. Berikut adalah faktor-faktor utamayang 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 Kesehatan.

Dengan permasalahan di atas, 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 JKN
  - Meningkatkan cakupan kepesertaan, terutama kelompok pekerja informal dan masyarakat kelas menengah yang belum masuk JKN.
  - Mendorong kepatuhan peserta mandiri (PBPU) 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 non-generik.
  - 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

- 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.
- 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. Mengendalikan harga obat dan alat kesehatan

- Meningkatkan efisiensi pengadaan obat melalui e-Katalog agar harga lebih terkontrol dan lebih banyak obat yang ditanggung JKN.
- Mendorong produksi obat generik berkualitas untuk menekan biaya obat yang sering menjadi komponen besar dalam OOP.

### 5. Meningkatkan literasi kesehatan dan keuangan masyarakat

- Edukasi masyarakat tentang manfaat JKN dan asuransi kesehatan swasta, sehingga mereka bisa memilih perlindungan finansial yang tepat.
- 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 kesehatan swasta, fasilitas kesehatan, dan masyarakat. Reformasi yang tepat akan membantu menurunkan OOP dan meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan tanpa beban finansial yang berat.

## 3.1.29 Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan sesuai Standar

### 1. Definisi Operasional:

Faskes teregistrasi dan laik operasional dengan 9 jenis tenaga kesehatan untuk Puskesmas, dan RS yang memiliki 4 jenis dokter spesialis dasar dan 3 jenis dokter spesialis lainnya sesuai standar untuk RSUD kabupaten/kota baik ASN atau Non ASN yang ditempatkan secara tetap maupun sementara oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan.

### 2. Formula Perhitungan:

Jumlah puskesmas dengan 9 jenis tenaga kesehatan dan RSUD kabupaten/kota dengan 4 jenis dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya yang teregistrasi dan laik operasional dibagi total puskesmas dan RSUD kabupaten/kota teregistrasi dan laik operasional dikali 100.

### 3. Realisasi:

Target di Semester I Tahun 2025 untuk indikator Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan sesuai standar adalah 100% dengan realisasi sebesar 53,54%. 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 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya.

$$\begin{aligned}
 \text{Realisasi} &= \frac{\text{jml PKM dg 9 jenis nakes} + \text{jml RSUD dg 7 dokter spesialis}}{\text{total PKM teregistrasi} + \text{total RSUD teregistrasi}} \times 100 \\
 \text{Realisasi} &= \frac{5.442 + 437}{10.266 + 715} \times 100 = \frac{5.879}{10.981} \times 100 = 53,54
 \end{aligned}$$

### Keterangan:

- Angka 5.442 adalah jumlah puskesmas yang telah lengkap 9 jenis tenaga kesehatan per 30 Juni 2025 sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan.
- Angka 10.266 adalah jumlah total Puskesmas yang teregistrasi dan laik operasional per 30 Juni 2025 sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan.
- Angka 437 adalah Rumah Sakit Umum Daerah yang memiliki 4 jenis dokter spesialis dasar dan 3 jenis dokter spesialis lainnya sesuai standar untuk RSUD kabupaten/kota baik ASN atau Non ASN yang telah ditempatkan secara tetap maupun sementara oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan per 30 Juni 2025.
- Angka 715 adalah jumlah total RSUD kabupaten/kota di Indonesia yang teregistrasi dan laik operasional sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan per 30 Juni 2025.

Grafik 3.55

Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan Sesuai Standar Tahun 2023–Semester I Tahun 2025

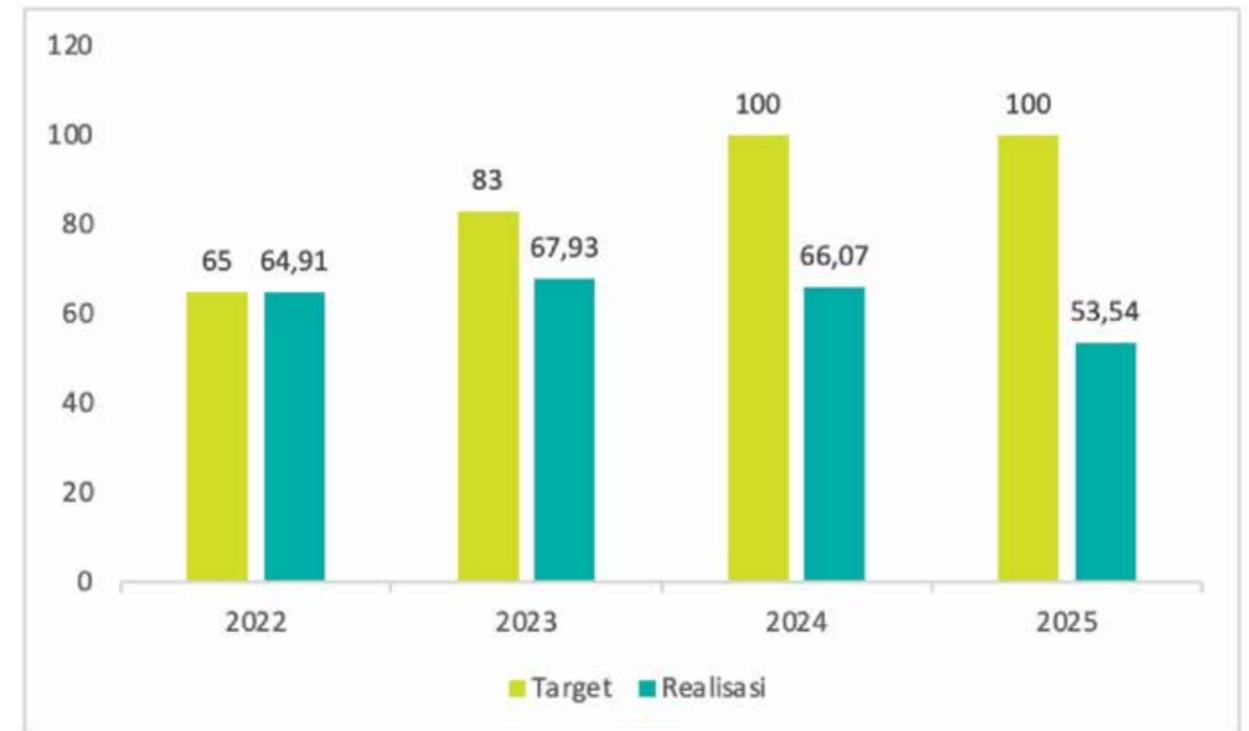


Sumber data: Direktorat Jenderal SDM Kesehatan TA 2025

Berdasarkan tabel di atas per 30 Juni 2025 dapat disampaikan bahwa perbandingan target dan realisasi persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar yakni pada tahun 2024 memiliki target 100% dan realisasi sebesar 66,07% sedangkan pada tahun 2025 memiliki target 100% dengan realisasi pada Semester I ini baru mencapai 53,54% (belum mencapai target).

Grafik 3.56

Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan Sesuai Standar Tahun 2022–Semester I Tahun 2025



Sumber data: Direktorat Jenderal SDM Kesehatan Semester I Tahun 2025

Capaian kinerja Direktorat Jenderal SDM Kesehatan menunjukkan tren penurunan dari 2022 hingga 2024, meskipun target meningkat secara signifikan. Mengacu pada capaian tahun-tahun sebelumnya proyeksi capaian tahun 2025 diperkirakan tidak akan tercapai. Hal ini membutuhkan evaluasi strategi, penyesuaian target yang lebih realistis, dan peningkatan efisiensi pelaksanaan program agar target di masa mendatang lebih mudah tercapai.

Tabel 3.38

Analisis Capaian Kinerja ISS Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan sesuai Standar dengan Renstra Kemenkes 2023–2025

Indikator Sasaran Strategis	2022		2023		2024		2025		Tren Kinerja
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan sesuai Standar	65	64,91	83	67,93	100	61,03	100	53,54	Stagnan menurun

Data di atas menunjukkan bahwa kinerja indikator Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan sesuai Standar mengalami penurunan yang signifikan sejak 2022 hingga Semester I Tahun 2025, meskipun target terus meningkat. Hal ini menunjukkan perlunya evaluasi mendalam terhadap strategi yang diterapkan dan fokus pada solusi yang realistis untuk memastikan peningkatan kinerja di tahun-tahun mendatang.

Analisis Penyebab kegagalan atau Penurunan Kinerja serta Alternatif Solusi yang Telah Dilakukan:

Berdasarkan dari tabel diatas dapat disimpulkan secara umum bahwa terjadi peningkatan target dari tahun 2023 ke tahun 2024. Namun capaian pada indikator persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar tahun 2024 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya. Hal ini disebabkan karena beberapa hal berikut ini:

1. Formasi dokter/dokter gigi dan nakes PPPK yang dibuka tahun 2024 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 Undang-Undang No. 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN) yang membatasi pemenuhan tenaga di fasyankes milik pemerintah hanya dapat diisi dari ASN (PNS dan PPPK).
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 pemenuhan tenaga kesehatan di tahun ini adalah sebagai berikut:

1. Penempatan dokter/dokter gigi di lokus prioritas yang tidak diajukan sebagai formasi CASN melalui penugasan khusus.
2. Penempatan *internship* dokter dan dokter gigi di Puskesmas tanpa dokter dan dokter gigi mendapatkan pendampingan dari wahana terdekat.
3. Sosialisasi penugasan khusus kepada dokter-dokter peserta *internship* yang telah menyelesaikan *internship*.
4. Memonitor usulan penyesuaian standar ketenagaan Puskesmas untuk dokter gigi menjadi dokter gigi/ Terapis Gigi dan Mulut (TGM) sehingga untuk mengisi pelayanan Kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas bisa dilakukan oleh TGM sambil menunggu pemenuhan dokter gigi. Selanjutnya jenis nakes yg direkrut melalui tugsus akan ditambah dengan TGM.

5. Penyelesaian RPKM Pengelolaan SDM Kesehatan sebagai panduan implementasi pengelolaan Named Nakes yang akan mengatur penempatan nakes di daerah sebagai turunan dari PP 28/2024.

6. Sosialisasi pelaksanaan PGDS dengan penambahan 18 jenis spesialis tambahan ke FK.

7. Menambah Lokasi pilihan RS penempatan PGDS (visitasi).

8. Pembekalan bagi 4 dokter spesialis adaptan beserta dokter pendampingnya, juga koordinasi untuk penerbitan SPMT-nya.

9. Insentif dan Retensi Tenaga Kesehatan dengan menyediakan insentif bagi nakes dan named yang bekerja di daerah terpencil atau kurang diminati untuk mengurangi tingkat *turnover* dan meningkatkan retensi.

10. Telah dilakukan usulan perubahan target, namun hasil pertemuan pada tanggal 17 September 2024 antara Bappenas, Kemenkeu dan Kemenkes, usulan ditolak, tetap harus sesuai dengan Renstra 2022–2024

Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya untuk Indikator Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan Sesuai Standar

Untuk meningkatkan efisiensi terkait indikator Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan Sesuai Standar yang tidak mencapai target, beberapa langkah dapat diambil:

1. Optimalisasi penempatan tenaga kesehatan (nakes) dan tenaga medis (named) dengan 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 melalui implementasi dan optimalisasi penggunaan SISDMK di Satu Sehat yang terintegrasi untuk memantau ketersediaan dan kebutuhan SDM di berbagai faskes secara *real-time*. Ini memungkinkan penyesuaian yang cepat jika terjadi kekurangan.
3. Peningkatan kemitraan dengan lembaga pendidikan dan berkolaborasi dengan institusi pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kualitas lulusan yang siap bekerja di faskes serta sesuai dengan standar yang dibutuhkan.

4. Pemangkasan anggaran yang nonefektif dengan mengidentifikasi dan mengeliminasi biaya-biaya operasional yang tidak efektif, sehingga anggaran dapat dialokasikan lebih optimal untuk pengadaan dan pengembangan SDM.

Realisasi pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan dengan SDM sesuai standar masih belum mencapai target, dengan tren peningkatan capaian yang cenderung lambat. Direktorat Jenderal SDM Kesehatan perlu merencanakan upaya intervensi yang lebih efektif lagi agar target indikator ini tercapai lebih cepat.

### 3.1.30 Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya

#### 1. Definisi Operasional:

Persentase faskes yang SDM kesehatannya telah ditingkatkan kompetensinya mengenai sembilan jenis penyakit prioritas (jantung, kanker, DM, ginjal, hati, stroke/otak, KIA, TB, dan penyakit infeksi).

#### 2. Formulasi perhitungan:

Jumlah faskes yang SDM kesehatannya sudah ditingkatkan kompetensinya terkait sembilan jenis penyakit prioritas dibagi total faskes yang telah ditetapkan sebagai lokus dikali 100.

$$\text{Realisasi} = \frac{(\text{jumlah faskes yang sudah ditingkatkan kompetensi 9 jenis penyakit prioritas})}{(\text{total faskes yang ditetapkan sebagai lokus})} \times 100\%$$

$$\text{Realisasi} = \frac{(5.442 \text{ pkm} + 437 \text{ RSUD})}{(10.266 \text{ pkm} + 715 \text{ RSUD})} \times 100\% = \frac{5.879}{10.981} \times 100 = 53,54\%$$

#### Keterangan:

- Sumber data SISDMK per 30 Juni 2025.
- Jumlah faskes yang sudah ditingkatkan kompetensi 9 jenis penyakit prioritas yang sebanyak 5.879 faskes yang terdiri dari 5.442 puskesmas dan 437 RSUD.
- Jumlah total faskes yang ditetapkan sebagai lokus sebanyak 10.981 unit.

#### 3. Realisasi:

Berdasarkan data yang tersedia, capaian indikator ini per 30 Juni tahun 2025 yakni 53,54% dari target 60%, artinya 53,54% faskes di Indonesia sudah menjadi faskes dengan SDM yang ditingkatkan kompetensinya, yakni sebanyak 5.879 faskes dari total 10.981 faskes

Indikator ini didukung oleh indikator Persentase puskesmas dengan 9 jenis tenaga

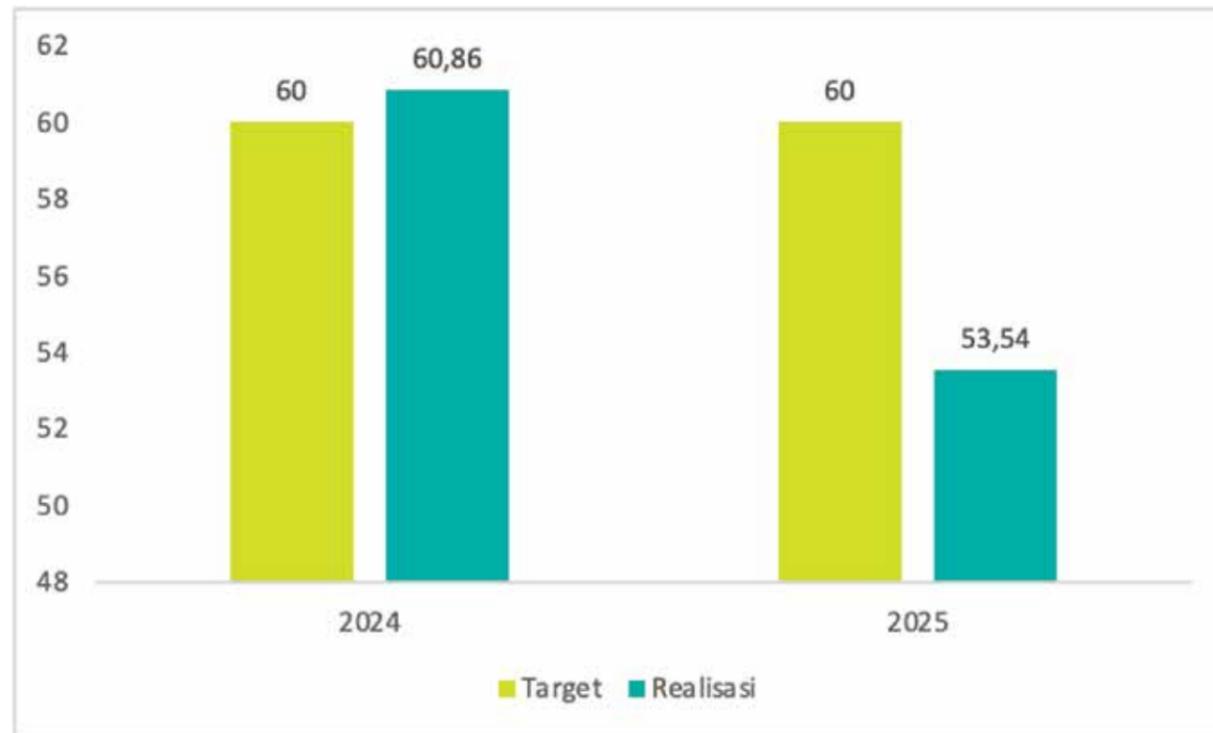
kesehatan sesuai standar dan indikator persentase RSUD dengan 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya. Sesuai tujuan pemerintah dalam memenuhi kebutuhan tenaga Kesehatan di seluruh fasilitas Kesehatan (faskes) di Indonesia, pemerintah perlu meningkatkan seluruh faskes menjadi faskes dengan SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya. Faskes yang memiliki SDM

Kesehatan yang kompeten mampu memberikan layanan Kesehatan kepada seluruh masyarakat.

Grafik 3.59 Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya pada Tahun 2024-2025.

Grafik 3.57

Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya pada Tahun 2024–2025

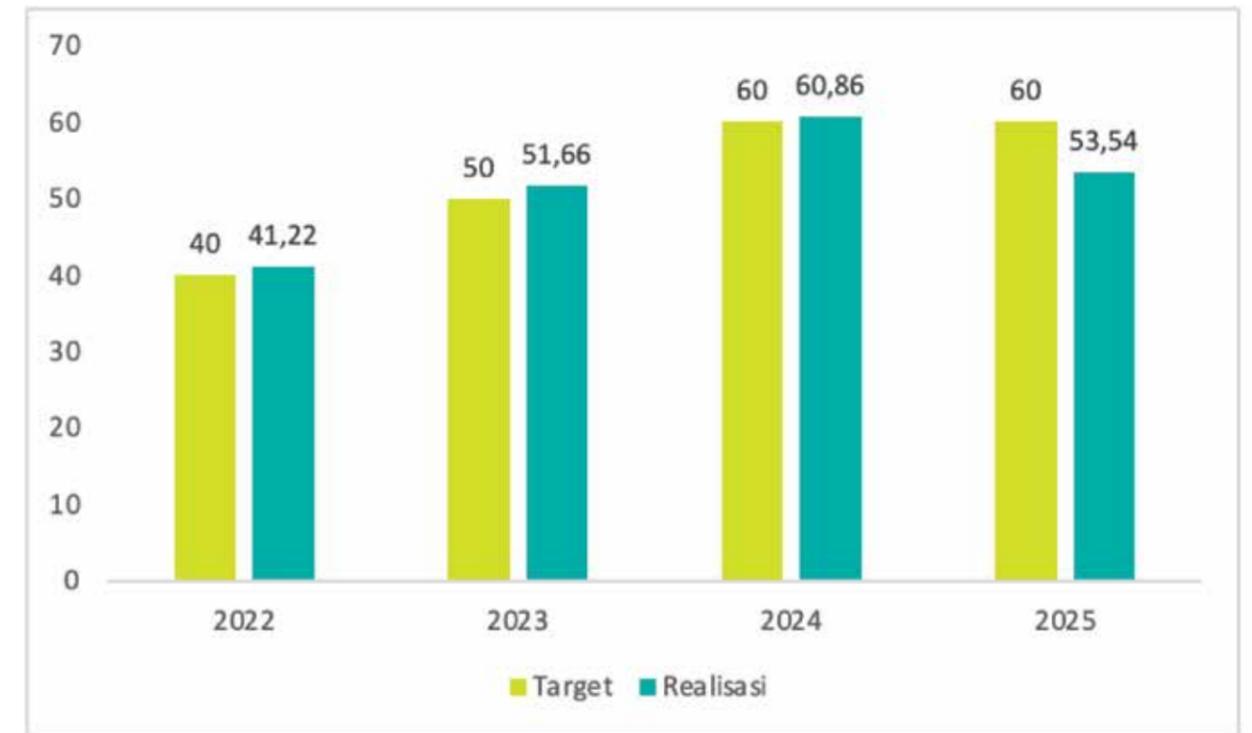


Sumber data: Direktorat Jenderal SDM Kesehatan TA 2025

Dari grafik 3.59 di atas Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya mencerminkan kinerja yang baik di 2024, pada Semester I tahun 2025 capaiannya baru mencapai 53,54% dan diproyeksikan tercapai pada akhir tahun berjalan.

Grafik 3.58

Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya pada Tahun 2022–2025



Sumber data: Direktorat Jenderal SDM Kesehatan TA 2025

Berdasarkan grafik di atas, Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya menunjukkan kinerja yang sangat baik selama tiga tahun terakhir. Realisasi terus melampaui target, mencerminkan efektivitas program peningkatan kompetensi SDM kesehatan. Dengan mempertahankan strategi yang ada dan memperluas cakupan program, diharapkan kinerja positif ini dapat terus berlanjut.

Tabel 3.39

Analisis Capaian Kinerja ISS Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya dalam Renstra Kemenkes 2023–2025

Indikator Sasaran Strategis	2022		2023		2024		2025		Tren Kinerja
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Fasilitas Kesehatan Dengan SDM Kesehatan Yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya	40	41,22	50	57,83	60	61,03	60	53,54	Sangat baik

Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Sesuai Kompetensinya menunjukkan kinerja yang sangat baik dengan realisasi yang selalu melebihi target selama tiga tahun berturut-turut. Hal ini mencerminkan efektivitas strategi yang diterapkan dan konsistensi dalam pelaksanaan program peningkatan kompetensi SDM kesehatan. Dengan mempertahankan pendekatan yang ada dan meningkatkan ambisi target, kinerja ini dapat terus dipertahankan dan diperluas cakupannya di masa mendatang.

Analisis Penyebab Keberhasilan/Peningkatan Kinerja yang Telah Dilakukan:

Perubahan metode 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. Secara umum indikator ini telah tercapai sesuai target. Hal ini disebabkan karena adanya beberapa hal sebagai berikut:
2. Adanya kebijakan dari pemerintah atau institusi terkait yang mendukung pengembangan kompetensi tenaga kesehatan, seperti pelatihan berkelanjutan, akreditasi, dan sertifikasi.

3. Terdapat alokasi anggaran yang memadai untuk pelatihan, pendidikan lanjutan, atau peningkatan kapasitas tenaga kesehatan.

4. Pemetaan kebutuhan pelatihan sesuai dengan standar kompetensi tenaga kesehatan pada masing-masing faskes.

5. Perencanaan yang terstruktur dan berbasis data, seperti jadwal pelatihan, modul pelatihan, serta target peningkatan kompetensi.

6. Adanya sinergi antara pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, dan institusi pendidikan untuk menjalankan program pelatihan.

7. Fasilitas pelatihan yang tersedia secara merata, baik di daerah perkotaan maupun pedesaan.

8. Pemanfaatan *e-learning* atau pelatihan berbasis daring untuk menjangkau tenaga kesehatan di wilayah terpencil.

9. Adanya dukungan pimpinan faskes dalam meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan.

### 3.1.31 Persentase Faskes dengan SDM Kesehatan Tersertifikasi

#### 1. Definisi Operasional:

Persentase fasilitas kesehatan instansi pemerintah yang memiliki pejabat fungsional kesehatan tersertifikasi.

#### 2. Formulasi perhitungan:

Jumlah fasilitas kesehatan instansi pemerintah pusat dan daerah yang mempunyai jabatan fungsional kesehatan yang tersertifikasi dibagi jumlah faskes instansi pemerintah pengguna Jabatan Fungsional Kesehatan dikali 100.

#### 3. Realisasi:

Pada grafik 3.61 diketahui bahwa target tahun 2025 sebesar 100% faskes telah berhasil diraih dengan capaian kinerja indikator persentase faskes dengan SDM tersertifikasi di Semester I Tahun 2025 sebesar 100%. Capaian Semester I Tahun 2025 sebanyak 12.179 faskes SDM yang tersertifikasi yang terdiri dari 10.298 faskes di 2023 dan 1.881 faskes di 2024 yang dibagi dari 12.179 instansi pengguna JFK. Capaian ini sesuai target 2024. Faskes SDM yang tersertifikasi berasal dari kementerian/lembaga,

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

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.

$$Realisasi = \frac{jml. \text{ kumulatif faskes dg SDMK tersertifikasi kompetensi tahun 2025}}{jml. \text{ instansi pengguna JFK}} \times 100\%$$

$$Realisasi = \frac{12.179}{12.179} \times 100 = 100\%$$

**Keterangan:**

- Jumlah faskes dengan SDMK tahun 2025 adalah 12.179 faskes dari total 12.179.
- Jumlah instansi pengguna JFK, baseline data tahun 2024 sebesar 12.179 faskes. Jumlah ini merupakan capaian kinerja dari jumlah faskes yang ditetapkan pada tahun berjalan (tabel lokus terlampir)

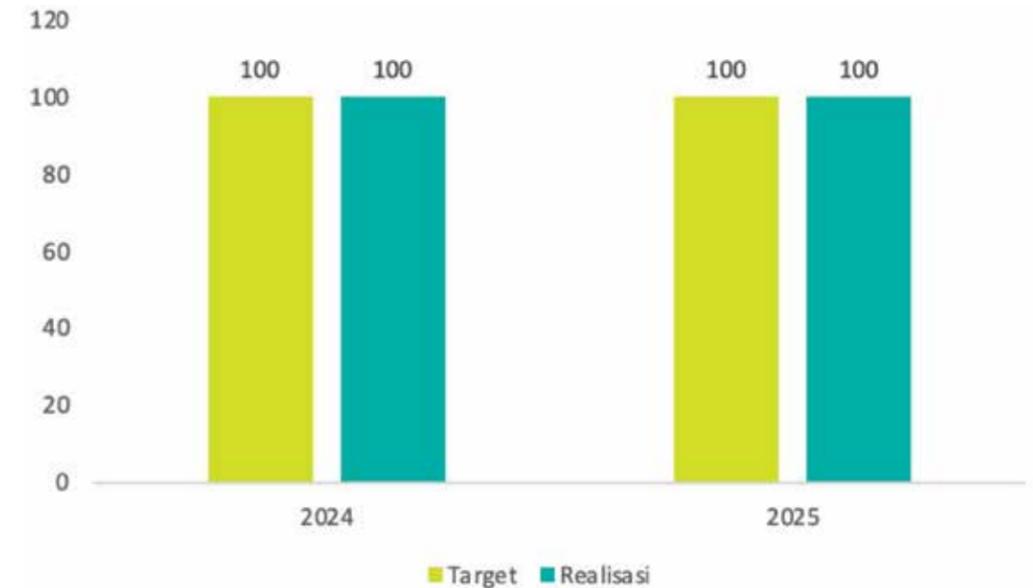
Tabel 3.40

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	RSPolri	41
12	RS Menhan	31
13	Klinik lainnya	1
<b>Jumlah</b>		<b>12.179</b>

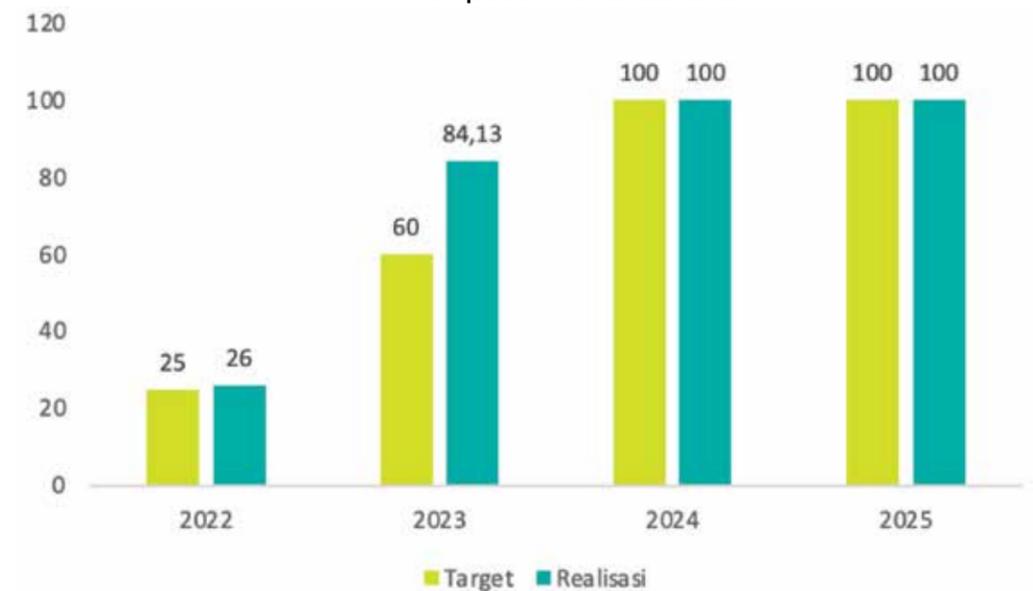
Grafik 3.59

Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Faskes dengan SDMK Tersertifikasi pada Tahun 2024-2025



Grafik 3.60

Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Faskes dengan SDMK Tersertifikasi pada Tahun 2022-2025



### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Selanjutnya bila dibandingkan dengan target jangka menengah pada akhir Renstra tahun 2024, capaian indikator kinerja persentase indikator persentase faskes dengan SDMK tersertifikasi tahun 2024 sebesar 100%, sudah mencapai target 100%. Tren kinerja yang meningkat dan konsisten dimulai dari angka kecil di 2022 dan mencapai 100% sejak 2024. Realisasi melebihi target pada dua tahun pertama, kemudian mencapai dan mempertahankan target maksimal dua tahun berikutnya. Menunjukkan keberhasilan strategi peningkatan bertahap dan kesiapan organisasi dalam mengelola target yang lebih ambisius.

Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan dengan SDMK Tersertifikasi menunjukkan kinerja yang sangat baik dari tahun 2022 hingga 2024. Capaian melampaui target pada 2022 dan 2023, dan target sepenuhnya terpenuhi pada 2024. Hal ini mencerminkan keberhasilan dalam pelaksanaan program sertifikasi SDMK, didukung oleh kebijakan yang efektif dan kesadaran fasilitas kesehatan terhadap pentingnya sertifikasi. Dengan mempertahankan dan memperluas pendekatan ini, keberlanjutan kualitas SDMK di fasilitas kesehatan dapat terus ditingkatkan. Sebagai

informasi tambahan penyelenggara uji kompetensi sudah tidak dipantau dikarenakan sudah terbit Permenkes 1 Tahun 2025 bahwa penyelenggaraan uji kompetensi terpusat dengan metode CAT. Sehingga penyelenggara uji kompetensi di pusat sudah bukan di instansi.

Analisis Penyebab Keberhasilan/ Peningkatan dan Solusi yang Telah Dilakukan:

Secara umum indikator ini telah tercapai sesuai target. Hal ini disebabkan karena adanya beberapa hal sebagai berikut:

- Adanya regulasi yang mewajibkan tenaga kesehatan untuk memiliki sertifikasi sesuai standar nasional atau internasional, seperti Undang-Undang No.17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Pemberian penghargaan atau tunjangan tambahan bagi tenaga kesehatan yang sudah tersertifikasi, mendorong lebih banyak SDM untuk mengikuti proses sertifikasi.
- Pihak manajemen faskes yang berkomitmen untuk menyediakan sumber daya dan waktu bagi tenaga kesehatan agar dapat mengikuti pelatihan dan sertifikasi
- Adanya dana untuk membiayai pelatihan, ujian sertifikasi, dan pembaharuan sertifikasi secara berkala.

- Tersedianya infrastruktur dan teknologi untuk mendukung proses pelatihan dan sertifikasi.

Walaupun capaian kinerja indikator persentase penyelenggara uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan sesuai standar tahun 2025 melebihi target, tapi masih terdapat kendala/hambatan. Faktor-faktor yang menghambat pencapaian indikator kinerja kegiatan ini, yaitu:

- 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.
- Pengelola jabatan fungsional kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota/Provinsi dan RS, masih ada yang belum memahami teknologi informasi dan sering berganti operator.
- Adanya gangguan jaringan internet di beberapa tempat (Wilayah Indonesia Timur), sehingga menghambat kelancaran verifikasi melalui daring atau Zoom.

Tabel 3.41

Analisa Capaian Kinerja ISS Persentase Faskes dengan SDMK Tersertifikasi dengan Renstra Kemenkes 2022-2024

Indikator Sasaran Strategis	2022		2023		2024		2025		Tren Kinerja
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Faskes dengan SDMK Tersertifikasi	25	26	60	84,13	100	100	100	100	Sangat baik

- Belum adanya kesadaran pada tenaga kesehatan betapa pentingnya sertifikasi dalam menunjang kompetensi profesional mereka.
- Jadwal kerja yang padat menjadi sulit bagi tenaga kesehatan untuk mengikuti pelatihan tersertifikasi.

Dari permasalahan atau hambatan di atas, upaya yang telah dilakukan adalah:

- Melakukan sosialisasi kebijakan uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan secara masif, baik daring maupun luring.
- Memperluas bimbingan teknis melalui daring terkait komponen-komponen yang ada pada standarisasi penyelenggaraan uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan.
- Melakukan pendampingan kepada pengelola jabatan fungsional kesehatan instansi pengguna selama proses verifikasi dokumen-dokumen terkait standar penyelenggaraan uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan.
- Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, agar ada pengelola jabatan fungsional kesehatan yang tetap.

### 3.1.32 Jumlah Faskes yang Mengimplementasikan Sistem Data dan Aplikasi Kesehatan Indonesia

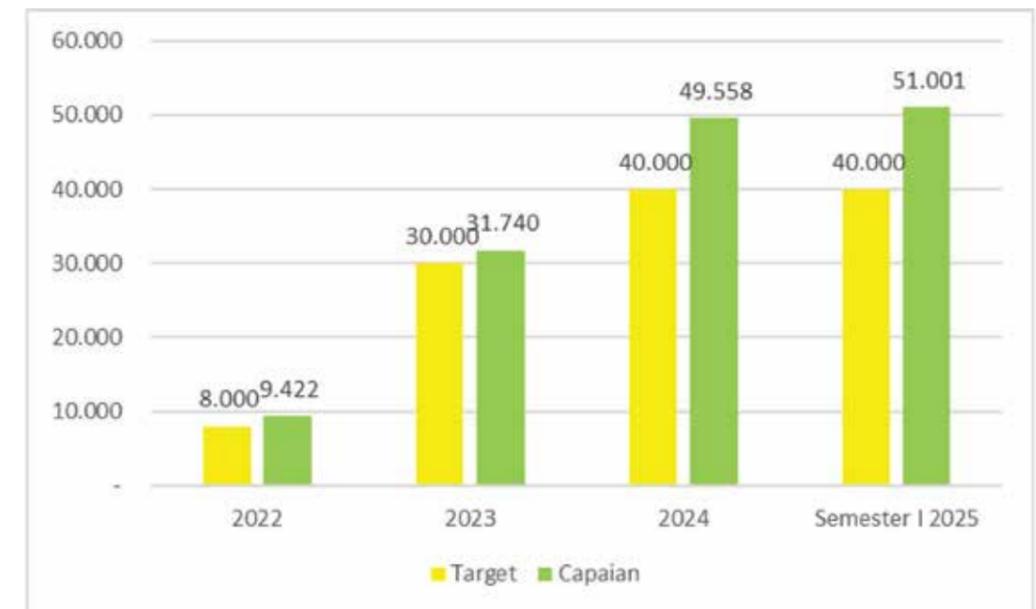
#### Definisi Operasional Indikator adalah:

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 (Kementerian Kesehatan).
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, DAN menyediakan variabel sesuai indikator pembangunan kesehatan berdasarkan matriks pada Renstra Kemenkes 2020–2024.

Grafik 3.61

Perbandingan Target dan Capaian Indikator Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Mengimplementasikan Sistem Data dan Aplikasi Kesehatan Indonesia pada Tahun 2022–Semester I Tahun 2025



Selanjutnya bila dibandingkan dengan target jangka menengah pada akhir Renstra tahun 2024, capaian indikator kinerja Semester I tahun 2025 sebesar 51.001 fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia telah mencapai target 40.000 di Semester I Tahun 2025, 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:

#### Dengan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target sebagai berikut:

- Melakukan koordinasi para *stakeholder* seperti Dinas Kesehatan, Kemendagri, Kemenkominfo dan mitra lainnya untuk penyediaan infrastruktur dan jaringan internet melalui program BAKTI.

- 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.
- Menawarkan ke fasilitas kesehatan untuk penggunaan aplikasi yang sudah standar baik yang dikeluarkan oleh pemerintah maupun penyedia
- Melakukan sosialisasi dan bimbingan teknis untuk integrasi ke aplikasi pusat sesuai standar yang telah dikeluarkan
- Mendorong dukungan kebijakan (Surat Edaran, Surat Teguran, Rekomendasi Penyesuaian Akreditasi) sebagai *enforcement* implementasi RME oleh faskes.

**Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah**

- Belum semua fasilitas kesehatan memiliki infrastruktur dan jaringan internet memadai.
- Fasilitas pelayanan kesehatan masih ada yang belum memiliki standar data untuk pencatatan data kesehatan, contoh Praktek Mandiri Bidan dan UTD.

- 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**

- Komitmen pimpinan terkait penerapan teknologi.
- Adanya kesepakatan penandatanganan komitmen penerapan RME dan SATUSEHAT (Provinsi Lampung, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Bangka Belitung, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah dan Nusa Tenggara Barat).
- Antusias yang tinggi dari para pengembang sistem informasi kesehatan untuk integrasi ke dalam platform SATUSEHAT.
- 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.

### 3.1.33 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.

Selanjutnya bila dibandingkan dengan target jangka menengah pada akhir Renstra tahun 2024, capaian indikator kinerja Semester I Tahun 2025 masih sama sebesar 30 sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan, mencapai target 30 sistem di Semester I Tahun 2025.

Grafik 3.62

**Perbandingan Target dan Capaian Indikator Jumlah Sistem Bioteknologi Kesehatan Terstandar dan Terintegrasi yang Diimplementasikan Pada Tahun 2022 – Semester I Tahun 2025**



Pengembangan bioteknologi di bidang kesehatan dilakukan dalam rangka mewujudkan *precision medicine* yang diwujudkan melalui pengembangan BGSi (*Biomedical Genome-based Science Initiative*). Pada tahun 2022, sistem BGSi ini untuk mendukung fokus penyakit tertentu BGSi di 6 Hubs, yaitu:

1. 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 dan Semester I Tahun 2025, sistem BGSi ini untuk mendukung fokus penyakit tertentu BGSi di 8 Hubs, yaitu:

1. Hubs *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. *Maternal, reproductive and neonatal health* dinaungi oleh RSAB Harapan Kita dan 8) *Cardiovascular* dinaungi oleh RSJPD Harapan Kita.

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan:

Progres pencapaian indikator pada Semester I tahun 2025 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)
- 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 *sequencing* dan elemen pemrosesan data (*pipeline*)

Keluaran dari kegiatan untuk mendukung indikator ini pada Semester I tahun 2025 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 Hubs ke BGSi Central.

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 Semester I Tahun 2025 sejumlah 30 sistem yaitu:

- Sistem Biobank RSPON Jakarta
- Sistem Biobank RS Kanker Dharmais Jakarta
- Sistem Biobank RSPI Sulianti Saroso Jakarta
- Sistem Biobank RS Persahabatan Jakarta
- Sistem Biobank RSCM Jakarta
- Sistem Biobank RS Sardjito Yogyakarta
- Sistem Biobank RS Ngoerah Bali
- Sistem Biobank RSAB Harapan Kita
- Sistem Biobank RSJPD Harapan Kita
- Sistem Biobank di BB Binomika
- Sistem Bioregistry RSPON Jakarta
- Sistem Bioregistry RS Kanker Dharmais
- Sistem Bioregistry RSPI Sulianti Saroso Jakarta
- Sistem Bioregistry RS Persahabatan Jakarta

- Sistem Bioregistry RSCM Jakarta
- Sistem Bioregistry RS Ngoerah Bali
- Sistem Bioregistry RS Sardjito Yogyakarta
- Sistem Bioregistry RSAB Harapan Kita
- Sistem Bioregistry RSJPD Harapan Kita
- Sistem Bioregistry di BB Binomika
- Sistem Bioinformatics RS Kanker Dharmais Jakarta
- Sistem Bioinformatics RSCM Jakarta
- Sistem Bioinformatics RSUP Dr Sardjito Yogyakarta
- Sistem Bioinformatics RSPON Jakarta
- Sistem Bioinformatics RSAB Harapan Kita
- Sistem Bioinformatics RS Ngoerah Bali
- Sistem Bioinformatics RS Persahabatan Jakarta
- Sistem Bioinformatics RSPI Sulianti Saroso Jakarta
- Sistem Bioinformatics RSJPD Harapan Kita
- Sistem Bioinformatics di BB Binomika.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

- Pelatihan dan peningkatan kapasitas seluruh SDM pendukung BGSi.
- Pengembangan sistem informasi biobank yang terstandar dan terintegrasi di hub baru.

- Melanjutkan pengembangan dan penyempurnaan sistem informasi *bioregistry* yang terstandar dan terintegrasi.
- Pengembangan dan penyempurnaan platform analisis *bioinformatics* untuk WGS.
- Pengembangan dan penyempurnaan platform analisis *bioinformatics* untuk 6 hub (targeted diseases) yang terintegrasi dengan BKPK dan BGSi Central;
- Pengembangan dan *deployment* website/portal utama BGSi;
- Menyiapkan topologi jaringan konektivitas antara setiap Rumah Sakit (Hub) dengan BGSi sentral dan BSSN Data Center, maupun BGSi Central dengan BSSN yang aman, cepat, dan stabil untuk kebutuhan operasional BGSi.
- Permohonan dukungan dari donor untuk pengadaan tenaga ahli *bioinformatics* telah diajukan dan diproses, dan permohonan penambahan tenaga ahli *IT engineer* telah diajukan ke pimpinan

Beberapa faktor penghambat pencapaian target yakni:

- Proses pengadaan bahan pendukung sekuensing untuk *bioinformatics* yang diselenggarakan pihak donor

memerlukan proses yang memakan waktu lama, sehingga proses pengadaan akan diadakan pada TW 3.

- Kurangnya tenaga ahli *bioinformatics* yang mendukung pelaksanaan di hubs (RS Ngoerah dan RS Jantung Harapan Kita).
- 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.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target

- Dukungan dari pimpinan (Menteri Kesehatan) dalam mewujudkan *precision medicine* dalam kebijakan dan alokasi anggaran;
- Dukungan dari peneliti dan penyelenggara Bioteknologi untuk pelaksanaan BGSi;
- Dukungan dari pemangku kepentingan lainnya untuk mendukung terlaksananya pengembangan Bioteknologi bidang kesehatan di Indonesia.

### 3.1.34 Persentase Kebijakan yang Berkualitas dan Dapat Diimplementasikan

Definisi operasional indikator adalah persentase dari nilai maksimal indeks kualitas kebijakan 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 Indeks Kualitas Kebijakan (IKK) capaian dibagi nilai IKK maksimal (100) dikali 100%.

Di tahun 2025–2029, indikator ini tidak berlanjut menjadi ISS Kemenkes. Meski demikian, mengingat pentingnya pengukuran kualitas kebijakan pemerintah terhadap dampak atau hasil pembangunan yang strategis dengan mengedepankan prinsip berbasis bukti, indikator Nilai Kualitas Kebijakan menjadi IKP Kemenkes. Nilai Kualitas Kebijakan diharapkan dapat memberikan gambaran hasil analisis kebijakan sekaligus menjadi pendukung dalam capaian sinkronisasi target pembangunan daerah.

Grafik 3.63

Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Kebijakan yang Berkualitas dan dapat Diimplementasikan Tahun 2022–Semester I Tahun 2025



#### Analisis Pencapaian

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). Pada Semester I Tahun 2025 telah dilaksanakan sosialisasi pengukuran kualitas kebijakan kepada unit utama

Kementerian Kesehatan. Faktor penting dalam pencapaian target nilai kualitas kebijakan adalah ketersediaan data dukung dari kebijakan yang menjadi objek pengukuran, kolaborasi antar unit eselon-2 pengusul dan unit pendukung terkait, serta dukungan pimpinan.

#### Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Tahapan kegiatan yang dilaksanakan selama Tahun 2025 untuk mencapai target nilai kualitas kebijakan Kemenkes antara lain:

- Koordinasi pengukuran dengan Lembaga Administrasi Negara (LAN).
- Sosialisasi pengukuran kualitas kebijakan kepada unit utama Kemenkes.
- Penentuan objek pengukuran.
- Pendampingan unit utama untuk self assessment.
- Pendampingan finalisasi self assessment.
- Pemberian penghargaan.

#### Tantangan/Hambatan Pencapaian Target

Beberapa hal yang menjadi tantangan dalam pengukuran kualitas kebijakan Tahun 2025 antara lain:

- Pengukuran kualitas kebijakan tahun ini berbeda dengan tahun sebelumnya karena ada revisi pedoman pengukuran dari LAN.
- Terdapat lebih banyak unit eselon-2 yang perlu dilibatkan selain unit eselon-2 pengampu kebijakan/program dalam melengkapi dokumen/data dukung yang dibutuhkan untuk penilaian.
- Sebagian besar tahapan kegiatan pengukuran di Kemenkes baru dapat dilaksanakan di semester II karena menyesuaikan timeline pengukuran LAN. Sosialisasi pengukuran dari LAN baru

dilaksanakan pada Tanggal 11 Juni 2025 dan kickoff pengukuran pada Tanggal 25 Juni 2025.

#### Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan:

- Dilaksanakan sosialisasi kepada unit utama Kemenkes serta dibangun komunikasi untuk mengkoordinasikan perubahan objek pengukuran yang semula regulasi menjadi kebijakan strategis, sesuai pedoman pengukuran kualitas kebijakan terbaru dari LAN.
- Menyesuaikan timeline pengukuran IKK LAN dengan tahapan kegiatan sehingga output dapat dicapai tepat waktu.

### 3.1.35 Indeks Capaian Tata Kelola Kemenkes yang Baik

Defini operasional indikator adalah 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 3.42

Data Capaian Indeks Tata Kelola yang Baik sampai Akhir Tahun Anggaran 2025

Komponen Indeks Tata Kelola	Capaian 2021	Capaian 2022	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024 TW-2	Target 2025	Capaian Smt 1 2025	% capaian
1. Nilai Reformasi Birokrasi Kemkes	79,27	87,5	90,83	90,01	90,11	90,01	91,76	101,94
<b>Keterangan</b> Capaian Berdasarkan Surat Kementerian PAN dan RB Nomor : B/766/RB.06/2025 tanggal 29 April Tahun 2025 Indeks RB Kemenkes Tahun 2024 adalah 91,76 dengan kategori "A-". pada laporan hasil penilaian RB Kementerian Kesehatan 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.								

Komponen Indeks Tata Kelola	Capaian 2021	Capaian 2022	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024 TW-2	Target 2025	Capaian Smt 1 2025	% capaian
2. Nilai Kinerja Anggaran	94,15	95,56	94,3	80,1	91,53	0	0	114,27
<b>Keterangan</b> Diambil dari Dashboard SMARTDJA tanggal 15 Januari 2023. Monev Kemenkeu 15 Januari 2025								
3. Indeks Integritas Organisasi	76,8	75,15	72,36	78	77,27	78	0	0
<b>Keterangan</b> Nilai hasil survei penilaian integritas berdasarkan pedoman Survei Penilaian Integritas (SPI) yang diterbitkan KPK yang dilakukan terhadap institusi Kementerian Kesehatan RI								
4. Laporan Keuangan	Indeks 4	Indeks 4	Indeks 4	4 nilai indeks	Indeks 4	0	0	100%
<b>Keterangan</b> Data opini atas LK N-1, karena menyesuaikan periode audit. (tetap)								
5. SAKIP	77,27	78,72	79,23	90	77,27	79,09	0	87,88%
<b>Keterangan</b> Nilai SAKIP berdasarkan hasil LHE tahun 2024 Kemenpan RB No: B/662/AA.05/2024 tgl 19 Des 2024								
6. % capaian award kehumasan kemkes	150%	175%	150%	4	5	0	0	125%
<b>Keterangan</b> Target 4 award setiap tahun. Tahun 2023 telah tercapai 6 award. (tetap)								
7. Indeks capaian Tatakelola Kemenkes	Tidak ada baseline	96,01	107,7	86	103,34	79,09	0	120,16
<b>Keterangan</b> $\Sigma$ (nilai atau capaian indikator) $\Sigma$ indikator 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:

$$(0+0+102+100+88,03+125)= 415,03/6= 69,17 = 69,17/90 \times 100\% = 76,86\% (100,11+114,27+99,06+100+87,88+125)/6 = 103,34\% = 103,34/86 \times 100\% = 120,16\%$$

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 ditetapkan 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 Birokrasi 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. Sesuai BA *trilateral meeting* revisi Renja tanggal 17 September 2024 terdapat beberapa perubahan yaitu:

1. Indeks capaian Tatakelola 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.

Perubahan target juga terjadi pada nilai integritas organisasi berdasarkan surat dari Inspektorat Jenderal telah diubah dari semula 81 menjadi 76.

Apabila kita bandingkan 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 2022–2024 dengan target sebesar 90,86 (sesuai BA TM revisi Renja Tahun 2024) maka optimistis 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 kementerian Kesehatan mengingat capaian atas indikator tata kelola Kemenkes yang baik ditentukan oleh keberhasilan dalam pencapaian 6 capaian subindikator yang mempengaruhinya, yaitu:

1. Nilai reformasi birokrasi Kemenkes;
2. Nilai kinerja anggaran Kemenkes;
3. Nilai indeks integritas organisasi Kemenkes;
4. Nilai laporan keuangan Kemenkes;
5. Nilai SAKIP Kemenkes dan;
6. Nilai capaian *award* kehumasan Kemenkes yang semuanya merupakan penilaian dari pihak luar atau sektor terkait.

Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan

Beberapa 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 2025 bersama Tim Monev Inspektorat Jenderal dengan menggunakan Lembar Kerja Evaluasi dari KemenPANRB. Adapun yang sudah dilakukan antara lain:

- Mendorong seluruh unit kerja pengampu indikator Reformasi Birokrasi, khususnya indikator RB General, untuk mengintegrasikan indikator tersebut ke dalam Perjanjian Kinerja pimpinan unit kerja masing-masing.
- Melaksanakan koordinasi intensif dalam proses penyusunan rencana aksi Reformasi Birokrasi General dan Tematik Kementerian Kesehatan Tahun 2025.
- Menyempurnakan dan menyesuaikan kembali rencana aksi RB General dan RB Tematik agar selaras dengan kebijakan terbaru dan dinamika capaian indikator.
- Menyusun dan menyiapkan naskah urgensi serta data dukung yang menunjukkan dampak nyata pelaksanaan Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan terhadap masyarakat.
- Koordinasi dengan seluruh *stakeholder* termasuk Kedeputian RB Kunwas.

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 nilai indeks integritas organisasi dan guna mencapai target indeks integritas organisasi Kementerian Kesehatan, Inspektorat Jenderal melaksanakan beberapa kegiatan yakni diantaranya:

- Sosialisasi Pembangunan Zona Integritas;
- Penyusunan matriks rencana tindak lanjut atas rekomendasi e-Survei Penilaian Integritas KPK tahun 2024;
- Monitoring dan Evaluasi TLe-SPI KPK tahun 2024;
- Sosialisasi dan Asistensi Penyuluhan Anti Korupsi pada satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan;
- Monitoring dan Evaluasi Duta Prestasi;
- Sosialisasi terkait pengelolaan suap atau gratifikasi terhadap para Unit Pengendalian Gratifikasi (UPG) dan

seluruh pegawai di unit/satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan;

- *Workshop* terhadap para Satuan Kepatuhan Intern (SKI) dan Satuan Pengawasan Internal (SPI) dalam rangka penilaian dan manajemen risiko;

- Pemantauan dan Reviu atas Penerapan Manajemen Risiko Penyusunan dan Benturan Kepentingan Periode Semester II Tahun 2024 dan Identifikasi Risiko *Bribery Risk Assessment* (BRA) dan Benturan Kepentingan;

- Pembinaan pendampingan penyelesaian masalah kepegawaian;

- Reviu Pembayaran Bantuan Iuran Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP);

- *Workshop* Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang diikuti oleh anggota SPI/SKI satuan kerja Kementerian Kesehatan;

- Monitoring manajemen puncak atas Sistem Manajemen Anti Penyusunan (SMAP).

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 dibidang kesehatan lebih *up to date* agar mampu meningkatkan pelayanan publik terhadap kesehatan agar lebih bermutu dan lebih dekat dengan masyarakat.

Faktor Penghambat Pencapaian Target

Guna mencapai target indek 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 Permen PANRB 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 No. 13 tahun 2023 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 Permen PANRB No. 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 No. 3 Tahun 2023 namun hanya di tingkat kementerian/ lembaga tidak sampai ke eselon-1.

2. Nilai Kinerja Anggaran sesuai kebijakan Kemenkeu KMK/466/2024 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 diinput dalam aplikasi SMART DJA (mulai tahun 2024 smart DJA diganti menjadi Monev Kemenkeu) ketepatan, kecepatan dan partisipasi serta keakuratan penginputan data capaian dalam SMART DJA akan mempengaruhi NKA. Dibutuhkan kekompakan dan kerja cerdas serta kecepatan bertindak dari setiap petugas satker serta komitmen pimpinan. Satker 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 2025.

4. 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 2024 nilai evaluasi SAKIP oleh KemenPANRB telah dirilis pada Desember 2024.

5. 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.

6. Tidak semua kinerja kehumasan bisa diikuti dalam award kehumasan.

Faktor-faktor yang Mendukung Keberhasilan Pencapaian Target

Dalam pencapaian target indeks tata kelola pemerintahan yang baik di Kementerian Kesehatan tahun 2025 terdapat beberapa hal yang menjadi pendukung antara lain:

1. Sumber daya manusia baik kesehatan maupun nonkesehatan 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. Pelaksanaan Monev tindak lanjut atas rekomendasi hasil SPI KPK pada setiap unit utama dan upaya berkelanjutan dari seluruh pihak terkait dalam rangka mewujudkan tata kelola pemerintahan dan sistem pengawasan internal yang baik 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.

### 3.2 Capaian Kinerja Organisasi Berdasarkan Indikator Sasaran Strategis Pada Rancangan Renstra 2025–2029

#### 3.2.1 Angka Kematian Ibu (AKI)

Salah satu fokus pembangunan kesehatan pada tahun 2020–2024 meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan indikator status kesehatan masyarakat diantaranya Angka Kematian Ibu. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia yaitu 189 per 100.000 kelahiran hidup (*Long Form SP2020*). 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,

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

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, tapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera atau kejadian insidental. AKI dihitung dengan jumlah kematian ibu di bagi jumlah lahir hidup dikali 100.000. Data AKI didapat dari survei/riset/sensus secara nasional yang dilakukan oleh institusi resmi secara berkala, dan diakui oleh Pemerintah, yaitu:

1. Sensus penduduk dilakukan 10 tahun sekali; atau
2. 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 Tahun 2025 masih merujuk kepada hasil *Long Form Sensus Penduduk 2020* yaitu 189 per 100.000 KH.

Indikator AKI merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga

Persentase realisasi kinerja didapatkan dengan perhitungan:  $((\text{Target} - (\text{Capaian} - \text{Target}))/T) \times 100\%$ .

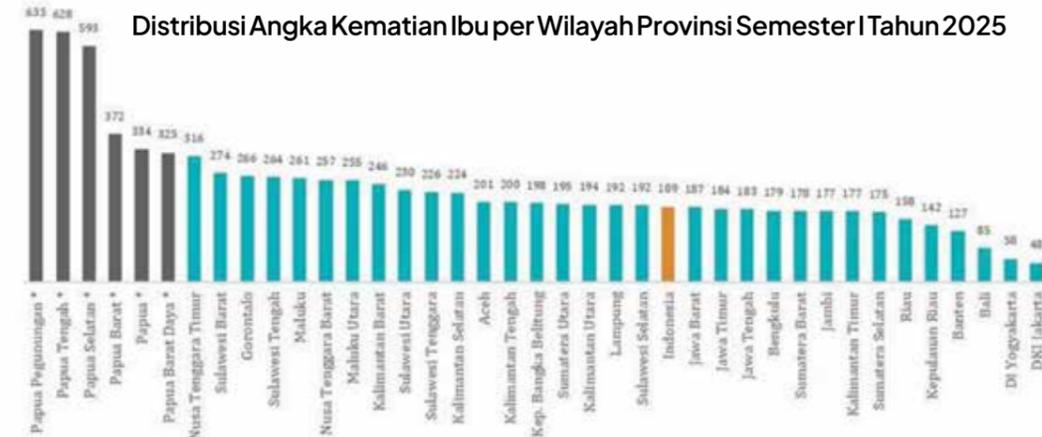
Dengan target 122/100.000 KH dan realisasi 189/100.000 KH didapatkan persentase realisasi kinerja sebesar 45,08%.

Tabel 3.43

Realisasi Kinerja Indikator AKI (per 100.000 Kelahiran Hidup)

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1	AKI (per 100.000 Kelahiran Hidup (KH))	122	189	45,08

Grafik 3.64

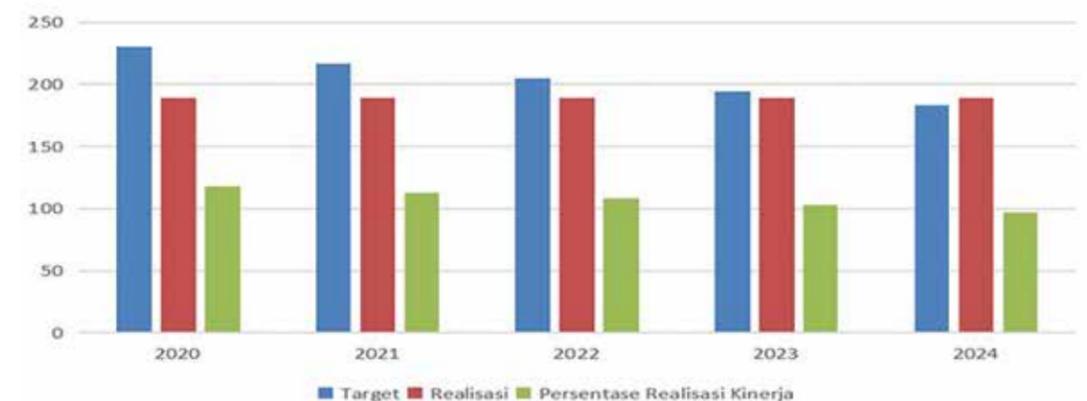


Distribusi angka kematian ibu berdasarkan *Longform SP 2020* sebagaimana tampak pada Grafik 3.36 menunjukkan AKI tertinggi masih berada di wilayah timur yaitu Papua pegunungan dengan angka 638/100.000 KH. Disparitas atau kesenjangan tersebut tampak jelas antara provinsi di bagian barat dan timur Indonesia dan menunjukkan pelaksanaan intervensi belum merata dilakukan di setiap daerah.

AKI pada Tahun 2024 masih merujuk kepada hasil *Longform Sensus Penduduk 2020* yaitu 189 per 100.000 KH, 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 3.65

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 2 (dua) orang terdiri dari dokter dan bidan atau 2 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 dan Posyandu didukung dengan penguatan laboratorium di Puskesmas dan kabupaten.
- Pemeriksaan kehamilan sesuai standar paling sedikit 6 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 2 kali pada trimester ke-2, 3 kali pada trimester ke-3.
- Pemenuhan sarana prasarana, peralatan dan 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 KEK dan ibu hamil risiko KEK.
- Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB seperti kerjasama dengan Kemendikdasmen dan Kemendiktisaintek untuk peningkatan literasi, skrining anemia pada rematri, pendampingan pemberian Tablet Tambah Darah bagi remaja putri. Kerjasama dengan Kementerian Agama dalam konsultasi kesehatan bagi calon pengantin dan lain-lain.
- Pelaksanaan kelas ibu hamil.
- Peningkatan pelaksanaan surveilans kematian ibu melalui MPDN, pelaksanaan AMPSR dan Pencatatan Sipil dan Statistik Hayati dengan Kementerian Dalam Negeri.
- Dukungan anggaran melalui menu kegiatan terkait penurunan AKI 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 Angka Kematian Ibu (AKI) antara lain:

- Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi.
- Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi, di antaranya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual.
- Dukungan APBN kepada Daerah untuk kegiatan terkait untuk percepatan penurunan angka kematian ibu.

- Penyediaan alat kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan ibu bagi masyarakat antara lain alat USG 2 dimensi

Adapun alternatif solusi dari faktor penghambat tercapainya target indikator Angka Kematian Ibu (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 kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
- Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil.
- Meningkatkan kesehatan remaja putri.

### 3.2.2 Angka Kematian Balita (AKBa)

Penurunan Kematian Ibu dan Anak merupakan salah satu Kegiatan Prioritas Utama RPJMN Tahun 2025–2029, salah satunya adalah Angka Kematian Balita (AKBa). Angka kematian balita (AKBa) menunjukkan perbaikan signifikan, dari 267 pada 2015 (SUPAS BPS) menjadi 19,83 per 1.000 kelahiran hidup pada 2020 (Long Form Sensus Penduduk), sehingga telah melampaui target SDGs tahun 2030, yaitu 25 per 1.000 kelahiran hidup. Penurunan angka kematian menunjukkan peningkatan Kesehatan anak.

Angka Kematian Balita didefinisikan sebagai Jumlah kematian anak berusia 0–4 tahun (0–59 bulan) pada tahun tertentu per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Angka Kematian Balita dihitung dengan Jumlah penduduk yang meninggal pada umur 0–4 tahun (0–59 bulan) pada tahun tertentu, dibagi jumlah penduduk usia 0–4 tahun (0–59 bulan) pada

pertengahan tahun yang sama, dikali 1.000.

Data AKBa didapat dari survei/riset/sensus secara nasional yang dilakukan oleh institusi resmi secara berkala, dan diakui oleh Pemerintah, yaitu Sensus Penduduk dilakukan 10 tahun sekali atau Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (diantara 2 sensus penduduk). Oleh karena itu pelaporan AKBa tidak tersedia secara tahunan, Capaian Kinerja Indikator AKBa pada Tahun 2025 masih merujuk kepada hasil Long Form Sensus Penduduk 2020 yaitu 19,83 per 1.000 KH dari target tahun 2025 sebesar 15 per 1.000 KH.

Indikator AKBa merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga Persentase realisasi kinerja didapatkan dengan perhitungan:

$$((\text{Target} - (\text{Capaian} - \text{Target})) / T) \times 100\%$$

Dengan target 15/1.000 KH dan realisasi 19,83/1.000 KH didapatkan persentase realisasi kinerja sebesar 67,80%.

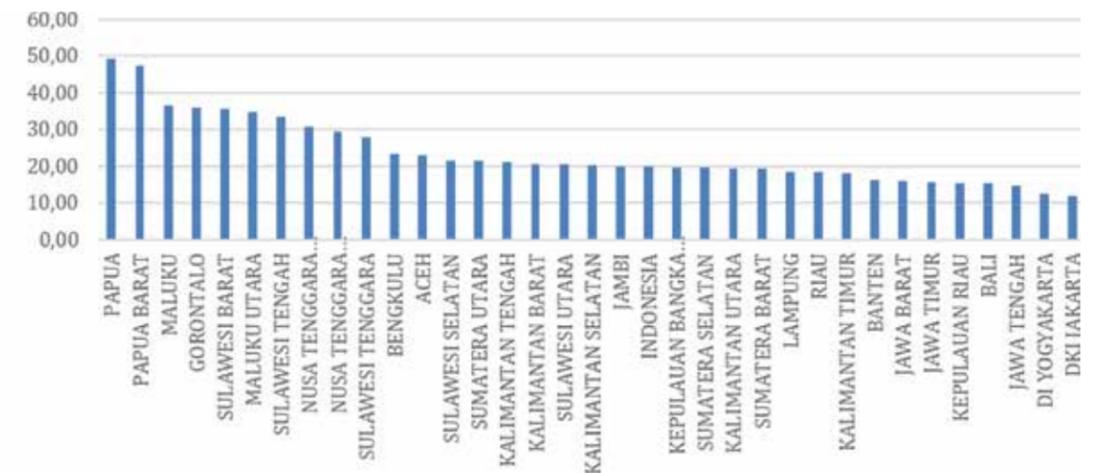
Tabel 3.44

Realisasi Kinerja Indikator AKBa (per 100.000 Kelahiran Hidup)

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1	Angka Kematian Balita/AKBa (per 1.000 kelahiran hidup (KH))	15	19,83	67,80

Grafik 3.66

Distribusi Angka Kematian Balita per Wilayah Provinsi Triwulan I Tahun 2025



Sumber: Longform, SP (2020)

Upaya penurunan AKBa dilakukan mulai dari 1.000 hari pertama kelahiran yang dimulai dari masa kehamilan, yaitu:

- Deteksi dan penanganan dini risiko kehamilan (misalnya preeklamsia, infeksi, anemia).
- Persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan.
- Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif selama 6 bulan.
- Imunisasi lengkap sesuai jadwal (BCG, DPT, polio, campak, dll).
- Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita.
- Penanggulangan penyakit balita melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit.

- Edukasi ibu balita tentang pola asuh, makanan bergizi, dan kebersihan.
- Pemberian makanan tambahan bagi balita yang bermasalah gizi.

Faktor pendukung upaya penurunan Angka Kematian Balita adalah:

- Regulasi yang mendukung, misalnya Peraturan Menteri Kesehatan No. 66 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Anak.
- Tersedianya program pelayanan kesehatan balita seperti pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita penurunan angka *stunting*, MTBS, dan lainnya.

- Tersedianya tenaga kesehatan terlatih di Puskesmas.
- Pelatihan rutin bagi kader dan bidan desa.
- Keterlibatan Masyarakat melalui kader Posyandu aktif.
- Tersedianya Sistem Informasi Kesehatan (SIK) kematian balita (MPDN).

- Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dan keterlibatan masyarakat dalam menangani penyebab utama kematian balita, seperti diare.
- Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dan keterlibatan masyarakat dalam skrining kesehatan balita.

### 3.2.3 Prevalensi Stunting (Pendek dan Sangat Pendek)

Faktor penghambat upaya penurunan Angka Kematian Balita adalah:

- Akses terhadap fasilitas kesehatan, terutama di daerah terpencil atau perdesaan.
- Keyakinan atau praktik yang menghambat IMD, ASI eksklusif, atau menolak imunisasi.
- Keterbatasan ekonomi dan pendidikan orang tua balita menyebabkan keterbatasan akses pada makanan bergizi dan layanan kesehatan.
- Kolaborasi lemah antara sektor kesehatan, pendidikan, sosial, dan infrastruktur.
- Alternatif solusi untuk upaya penurunan Angka Kematian Balita adalah:
- Meningkatkan akses terhadap fasilitas kesehatan.

*Stunting* adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada di bawah standar yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.

Hingga saat ini, *stunting* masih termasuk kategori masalah kesehatan masyarakat yang tinggi. *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 Z-score kurang dari -2 SD. Prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) dihitung dengan formulasi Jumlah balita pendek dibagi jumlah balita diukur panjang atau tinggi badan dikali 100.

Capaian prevalensi *stunting* masih mengacu pada data Survei, sehingga untuk tahun 2025 mengacu pada data SSGI Tahun 2024 sebesar 18,8% dari target 19,8%. Indikator Prevalensi Stunting merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga capaian kinerja indikator prevalensi *stunting* sebesar 94,68%.

Tabel 3.67

Realisasi Kinerja Indikator Prevalensi Stunting

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt I 2025	% Realisasi
1	Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) (%)	18,8	19,8	94,68

Secara nasional prevalensi *stunting* mengalami penurunan, dari 21,5% di tahun 2023 (SKI, 2023) menjadi 19,8% di tahun 2024 (Survei Status Gizi Indonesia, 2022). Hasil tersebut merupakan hal baik namun masih perlu peningkatan, karena masih dibawah target tahun 2025 yaitu 14%.

Grafik 3.67

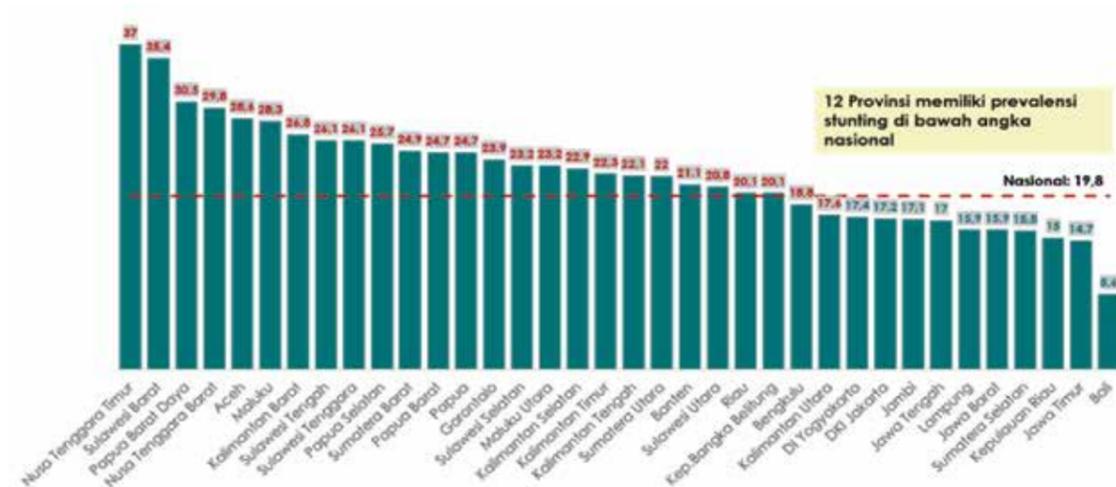
Capaian Indikator Stunting 2021–Semester I Tahun 2025



Adapun sebaran untuk masing masing provinsi sebagaimana grafik 3.7 berikut :

Grafik 3.68

Prevalensi Balita *Stunting* Berdasarkan Provinsi



Lima provinsi dengan prevalensi *stunting* terbesar berdasarkan SSGI 2025 yaitu Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Barat, Papua Barat Daya, Nusa Tenggara Barat, dan Aceh. Sedangkan lima provinsi terendah berdasarkan SKI 2023 yaitu Bali, Jawa Timur, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan dan Jawa Barat.

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

- Peningkatan kesehatan remaja putri melalui skrining anemia dan konsumsi tablet tambah darah remaja putri.
- Pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar.

- Pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil KEK dan balita bermasalah gizi.
- Pemantauan pertumbuhan balita.
- Peningkatan pelayanan kesehatan bayi dan balita melalui inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian ASI Eksklusif dan MP ASI.
- Imunisasi dasar lengkap.

Faktor pendukung dalam penurunan dan pencegahan *stunting* adalah sebagai berikut:

- Strategi nasional penanggulangan *stunting* sudah diformulasikan mulai dari pusat hingga daerah melalui TPPS (Tim Percepatan Penurunan *Stunting*).

- Dukungan penuh dalam pelaksanaan intervensi sensitif dan spesifik, peningkatan kapasitas sumber daya kesehatan, hingga pemenuhan sarana dan prasarana yang berkualitas dan terstandar di seluruh Puskesmas dan Posyandu.
- Kegiatan intervensi gizi sensitif yang dilakukan oleh sektor nonkesehatan ditujukan untuk mengatasi masalah tidak langsung dari masalah gizi.

Beberapa hal yang menjadi penghambat dalam upaya penurunan prevalensi *stunting* adalah:

- Pelaksanaan intervensi *stunting* belum mencapai target.
- Komitmen setiap program dan sektor serta instansi hingga masyarakat yang terlibat masih perlu diperkuat kembali.

Alternatif kegiatan untuk penurunan prevalensi *stunting* adalah

- Optimalisasi pelaksanaan intervensi spesifik: pemenuhan gizi ibu hamil, pemberian ASI eksklusif, imunisasi, vitamin, dan pengobatan infeksi.
- Optimalisasi pelaksanaan intervensi sensitif: air bersih, sanitasi, pendidikan gizi, program keluarga sejahtera, dan perlindungan sosial.

- Optimalisasi konvergensi lintas sektor: kolaborasi pemerintah pusat, daerah, dan masyarakat.

### 3.2.4 Angka Harapan Hidup pada Umur 60 Tahun (HALE 60)

Peningkatan usia harapan hidup merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan, tapi tantangan yang lebih besar adalah memastikan bahwa tahun-tahun tambahan tersebut dijalani dalam kondisi sehat dan produktif. Oleh karena itu, indikator Angka Harapan Hidup Sehat pada Umur 60 Tahun (Healthy Life Expectancy at Age 60 atau HALE 60) dinilai cukup relevan dalam mengukur kualitas hidup lansia.

HALE 60 tidak hanya mencerminkan berapa lama seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun dapat diharapkan untuk hidup, tetapi juga berapa lama mereka dapat hidup tanpa mengalami gangguan kesehatan yang signifikan.

Definisi operasional Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60) adalah Rata-rata jumlah tahun dalam kesehatan penuh yang dapat diharapkan seseorang untuk hidup pada usia 60 tahun, berdasarkan tingkat kesehatan dan kematian yang buruk saat ini.

Cara perhitungan indikator ini adalah harapan hidup pada usia 60 tahun dikurangi tingkat tahun hilang karena kecacatan (YLD) karena semua penyebab. Data indikator Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60) didapatkan dari survei. Pada tahun 2025 belum dilaksanakan survei terkait, sehingga data capaian Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60) Tahun 2025 Semester I masih belum tersedia.

Keberhasilan peningkatan HALE60 dipengaruhi oleh beberapa kegiatan dan intervensi, diantaranya:

1. Penguatan Layanan Kesehatan Lansia
  - Skrining, edukasi dan pemberdayaan lansia di Posyandu;
  - Pelayanan Kesehatan yang santun lansia di Puskesmas;
  - Pengembangan Layanan Geriatri Terpadu di Rumah Sakit serta rujukannya;
  - Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan terkait pelayanan kesehatan lansia dan geriatri di Puskesmas serta perawatan jangka panjang lansia;
  - Perawatan jangka panjang bagi lansia dan layanan *homecare*.

2. Edukasi dan dukungan sosial
  - Edukasi perilaku hidup sehat dan pencegahan penyakit bagi lansia.
  - Peningkatan kapasitas bagi caregiver atau pendamping lansia dalam perawatan jangka panjang lansia di masyarakat.

Beberapa hal yang menjadi penghambat dalam upaya pencapaian indikator HALE60 adalah:

- Keterbatasan akses dan kualitas pelayanan kesehatan lansia.
- Prevalensi PTM seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan stroke yang tinggi, sebagian besar tidak terdiagnosis atau tidak terkelola dengan baik sejak usia produktif.
- Masih rendahnya kesadaran lansia dan keluarganya terhadap pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin dan pola hidup sehat.
- Rendahnya cakupan perawatan jangka panjang.
- Belum adanya data terintegrasi.
- Terbatasnya SDM terlatih pelayanan geriatri.
- Belum adanya skema pembiayaan untuk perawatan jangka panjang (LTC).

Solusi atas hambatan pencapaian indikator adalah:

- Penguatan layanan kesehatan primer yang ramah lansia (Posyandu Lansia, Pelayanan Kesehatan Geriatri di Puskesmas).
- Peningkatan deteksi dini dan skrining PTM secara rutin di Puskesmas dan Posyandu Lansia.
- Pelatihan bagi tenaga kesehatan terkait layanan kesehatan lansia dan penanganan geriatri.
- Pelatihan bagi tenaga kesehatan terkait layanan kesehatan lansia dan penanganan geriatri.
- Penguatan perawatan jangka panjang berbasis masyarakat.

**Tabel 3.46**

**Realisasi Kinerja Indikator Angka Harapan Hidup pada umur 60 Tahun (HALE60)**

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1	Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60)	13,90	N/A	94,68

### 3.2.5 Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis

Definisi operasional cakupan pemeriksaan kesehatan gratis adalah proporsi jumlah penerima pemeriksaan gratis pada semua kelompok usia terhadap jumlah penduduk.

Caraperhitungannya adalah jumlah penerima pemeriksaan kesehatan gratis pada semua kelompok usia, dibagi total penduduk, dikali 100%. Data capaian berdasarkan aplikasi ASIK.

Capaian cakupan pemeriksaan kesehatan gratis Semester I Tahun 2025 sebesar 36%. Dengan realisasi 3,8% maka realisasi kinerja sebesar 10,40%.

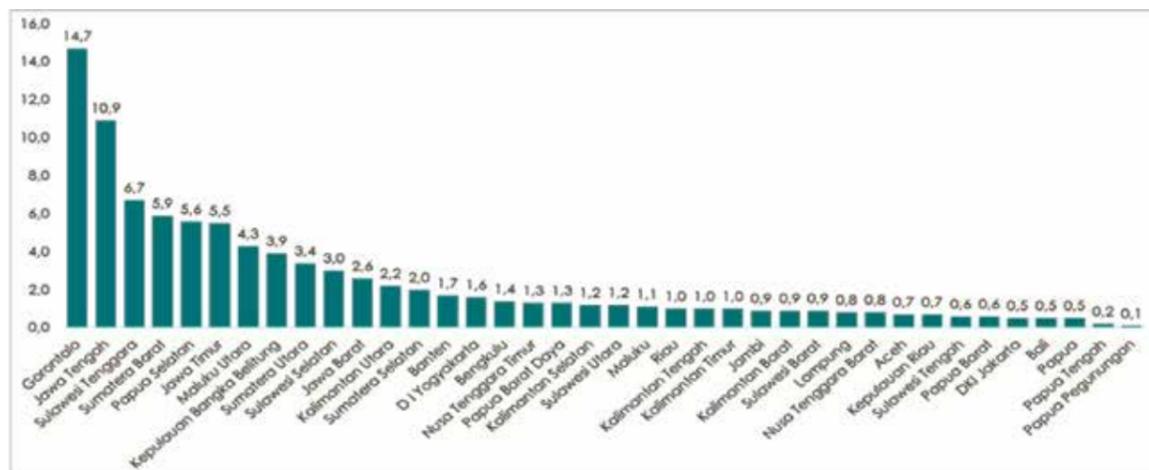
Tabel 3.47

Realisasi Kinerja Indikator Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt I 2025	% Realisasi
1	Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (%)	36	3,8	10,56%

Grafik 3.69

Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) Semester I Tahun 2025 Berdasarkan Provinsi



Faktor pendukung capaian indikator yakni:

- Pemeriksaan Kesehatan Gratis merupakan program prioritas Presiden atau “quick win” sehingga mendapat dukungan dari semua pihak.
- Tersedianya sistem pelaporan

Faktor penghambat capaian indikator:

- Belum optimalnya komitmen dan dukungan kepala daerah dalam pelaksanaan PKG.
- Animo masyarakat untuk mengikuti PKG masih rendah.
- Koneksi internet di beberapa wilayah masih terbatas.
- Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) belum tersedia secara merata.
- Infrastruktur dan Alat Kesehatan.

Solusi kegiatan untuk mencapai cakupan pemeriksaan gratis melalui:

- Melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan PKG untuk optimalisasi capaian PKG.
- Melakukan sosialisasi dan advokasi rutin melalui rakor inflasi.
- Memberikan reward/penghargaan kepada provinsi dan kabupaten/kota dengan capaian PKG terbaik.

- Melakukan sosialisasi dan edukasi media elektronik berupa penayangan Iklan Layanan Masyarakat (ILM), baik berupa audio maupun video.
- Koordinasi bersama Dinas Komunikasi dan Informatika di seluruh Indonesia untuk menyebarkan informasi kegiatan.
- Menyediakan infrastruktur teknologi informasi dan komunikasi (TIK) yang mendukung aksesibilitas informasi, seperti jaringan internet untuk mendukung pencatatan dan pelaporan.
- Penyediaan BMHP melalui Bantuan Pemerintah.
- Monitoring rutin ketersediaan BMHP.
- Pelaksanaan Instruksi Presiden No. 5 Tahun 2025 tentang Percepatan Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer dan Lanjutan

### 3.2.6 Persentase Depresi pada Usia $\geq 15$ tahun

Depresi merupakan penyebab utama disabilitas pada remaja. Depresi dapat menjadi penyebab bunuh diri. Kebanyakan dari gangguan psikologis tersebut tidak disadari dan tidak mendapatkan penanganan yang tepat. Kemungkinan munculnya keinginan untuk bunuh diri di antara orang-orang dengan gangguan depresi hampir lima kali lebih tinggi dibandingkan yang tidak depresi. Proporsi anak muda dengan gangguan depresi yang pernah berpikir untuk mengakhiri hidup dalam satu bulan terakhir yang didapatkan dalam SKI 2023 sangat tinggi yaitu 36 kali lebih besar dibandingkan yang tidak depresi pernah berpikir untuk mengakhiri hidup.

Definisi operasional Depresi pada Usia  $\geq 15$  tahun adalah Rata-rata Perbandingan antara jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun yang saat ini mengalami gangguan depresi, terhadap jumlah seluruh penduduk berumur  $\geq 15$  tahun pada wilayah tertentu.

Cara perhitungan indikator ini adalah Jumlah penduduk umur 15 tahun ke atas yang saat ini mengalami gangguan depresi (menurut MINI) dibagi jumlah seluruh penduduk berumur  $\geq 15$  tahun.

Data indikator Persentase Depresi pada Usia  $\geq 15$  tahun didapatkan dari survei kesehatan Indonesia (SKI) yang dilaksanakan setiap lima tahun sekali. Prevalensi depresi akan masuk pada laporan tematik dalam SKI.

Pada tahun 2025 belum dilaksanakan survei terkait, sehingga data Capaian Persentase Depresi pada Usia  $\geq 15$  tahun Tahun 2025 Semester I masih belum tersedia.

Depresi pada usia  $>15$  tahun bukan hanya masalah klinis, tetapi juga masalah sosial. Oleh karena itu, upaya lintas sektor, lintas usia, dan berbasis komunitas sangat diperlukan.

Beberapa hal yang menjadi penghambat dalam Upaya Pencapaian indikator Persentase Depresi pada Usia  $\geq 15$  tahun adalah:

- Masih kuat anggapan negatif terhadap gangguan jiwa yang menyebabkan orang enggan mencari pertolongan.
- Akses yang terbatas ke layanan kesehatan jiwa.
- Terbatasnya tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa.
- Terbatasnya tenaga profesional dalam kesehatan jiwa.
- Program rujuk balik yang belum berjalan optimal.
- Perbedaan jenis psikofarmaka yang diberikan kepada pasien.
- Biaya pengobatan yang cukup tinggi.

Faktor pendukung dalam Upaya Pencapaian indikator Persentase Depresi pada Usia  $\geq 15$  tahun adalah:

- Pemenuhan cakupan skrining kesehatan jiwa pada penduduk usia  $\geq 15$  tahun dalam Cek Kesehatan Gratis dan skrining anak sekolah.

- Peningkatan kapasitas tenaga medis dan tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa di Puskesmas.

- Pemenuhan tenaga profesional dalam layanan jiwa (psikiater, psikolog klinis dan perawat jiwa).

- Pemenuhan psikofarmaka di Puskesmas.

- Koordinasi lintas sektor dalam kesehatan jiwa (misal pembentukan TPKJM).

- Penguatan peran kader dalam menemukan dan mendampingi pasien dalam pengobatan teratur.

- Tersedianya Pedoman Penanggulangan Kesehatan Jiwa Masyarakat mendorong pelibatan lintas sektor.

- Tersedianya hotline 1500-567, SMS ke 0812-8156-2620, dan juga fitur 119 ext. 8 untuk konsultasi kesehatan jiwa dan beberapa rumah sakit jiwa juga mengaktifkan layanan telepon khusus kesehatan mental.

- Meningkatnya animo masyarakat tentang kesehatan jiwa.

Tabel 3.48

Realisasi Kinerja Indikator Depresi pada Usia  $\geq 15$  tahun

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt I 2025	% Realisasi
1	Persentase Depresi pada Usia $> 15$ tahun	1,4	N/A	N/A

Solusi atas hambatan pencapaian indikator adalah:

- Peningkatan literasi dan edukasi kepada masyarakat (misal melalui sosialisasi).
- Pelatihan tenaga kesehatan umum (dokter, perawat) dalam kesehatan jiwa.
- Peningkatan jumlah dan distribusi tenaga profesional dalam kesehatan jiwa.
- Perluasan akses layanan kesehatan jiwa (pemanfaatan teknologi/telekonseling), integrasi layanan kesehatan jiwa dalam layanan primer.
- Advokasi pemangku kepentingan untuk peningkatan anggaran layanan kesehatan jiwa.
- Pembuatan peraturan daerah dalam kesehatan jiwa.
- Pelibatan masyarakat dan kolaborasi lintas sektor dalam kesehatan jiwa.
- Orientasi kader.
- Monitoring dan evaluasi program kesehatan jiwa secara berkala.

### 3.2.7 Kabupaten/Kota yang Mencapai Target Kekebalan Kelompok

Imunisasi merupakan upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Bayi merupakan salah satu kelompok rentan yang berisiko tinggi untuk tertular penyakit. Sebelum berusia satu tahun seorang anak harus mendapatkan imunisasi secara lengkap sebagai bentuk perlindungan dirinya terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).

Untuk mengukur nilai perlindungan terhadap PD3I yang ada di Indonesia pada kelompok bayi usia 0-11 bulan, maka digunakan indikator cakupan imunisasi bayi lengkap. Target pencapaian indikator cakupan imunisasi bayi lengkap adalah memastikan bahwa setiap daerah mendapatkan perlindungan yang optimal melalui pemberian imunisasi. Dengan tercapainya target imunisasi bayi lengkap diharapkan dapat meningkatkan kekebalan baik individu maupun kekebalan kelompok pada sasaran imunisasi.

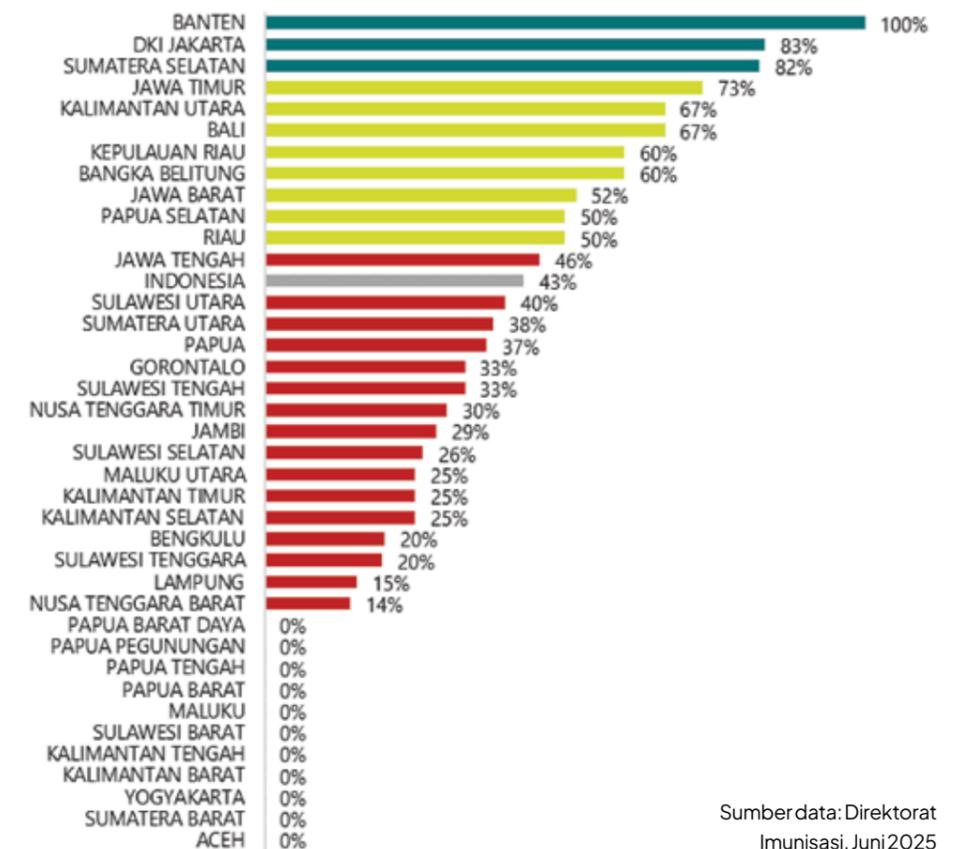
Definisi operasional indikator kabupaten/kota yang mencapai target kekebalan kelompok adalah persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi lengkap sesuai siklus hidup. Indikator dihitung dari perhitungan jumlah kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi bayi lengkap, baduta lengkap, antigen baru, dan anak usia sekolah dasar lengkap minimal 60% dibagi total jumlah kabupaten/kota dikali 100%.

Sampai Semester I tahun 2025, capaian indikator kabupaten/kota yang mencapai target kekebalan kelompok belum tersedia karena sesuai dengan cara perhitungan, capaian

dihitung bila kabupaten/kota sudah mencapai minimal 60% cakupan imunisasi bayi lengkap, baduta lengkap, antigen baru, dan anak usia sekolah dasar lengkap dan sampai bulan Mei 2023, target kabupaten/kota baru mencapai 25% cakupan imunisasi. Kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi bayi lengkap, baduta lengkap, antigen baru, dan anak usia sekolah dasar lengkap minimal 25% sebanyak 131 kabupaten/kota atau 43%. Capaian kabupaten/kota mencapai minimal 25% berdasarkan provinsi sebagai berikut:

Grafik 3.70

Provinsi Mencapai Minimal 25% Cakupan Imunisasi Semester I Tahun 2025



Sumber data: Direktorat Imunisasi, Juni 2025

Grafik di atas menunjukkan seluruh kabupaten/kota di Provinsi Banten telah mencapai minimal 25% cakupan imunisasi, 11 Provinsi belum ada kabupaten/kota yang mencapai target kekebalan kelompok sampai bulan Mei 2025.

- Dalam pelaksanaan imunisasi dan pencapaian target indikator ditemukan beberapa kendala dan permasalahan antaralain:
  - Masih adanya penolakan orang tua/keluarga karena kekhawatiran akan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI), adanya berita negatif tentang imunisasi, penolakan terhadap imunisasi ganda, dan masalah keyakinan terkait kehalalan vaksin;
  - Adanya beberapa daerah dengan kondisi geografis yang sulit sehingga sebagian masyarakat memiliki akses yang terbatas untuk menjangkau pelayanan imunisasi;
  - Belum optimalnya koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan swasta (RS, bidan praktek mandiri, praktek mandiri dokter, dan klinik) khususnya dalam hal pelaporan hasil layanan imunisasi;
  - Adanya permasalahan ketersediaan vaksin dan logistik yang berpengaruh pada keterlambatan pemberian dan kelengkapan imunisasi;

- Pelaporan data ke dalam ASIK belum *real time* sehingga masih terdapat gap/kesenjangan antara capaian layanan imunisasi yang tercatat secara manual dengan yang tercatat pada ASIK;
- Belum semua puskesmas memiliki tim/petugas yang bertanggung jawab dalam pelaporan data imunisasi ke dalam aplikasi ASIK dan beberapa data belum di-update pada aplikasi ASIK;
- Belum adanya integrasi pada *platform* pencatatan dan pelaporan sehingga data yang dihasilkan tidak seragam dan dapat menambah beban kerja tenaga kesehatan;
- Kurangnya SDM tenaga kesehatan di Puskesmas khususnya untuk tenaga pencatatan dan pelaporan.

Untuk mengatasi masalah tersebut dilakukan upaya strategis antaralain:

- *Desk review* rutin cakupan imunisasi bayi, baduta, antigen baru, dan WUS bersama Dinkes Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- Sosialisasi pentingnya imunisasi lengkap dalam rangkaian kegiatan Pekan Imunisasi Dunia (PID) 2025.
- Asistensi Teknis Penguatan Imunisasi di Daerah Intervensi Imunisasi MR di Sumatera Utara.

- Asistensi Teknis Penguatan Imunisasi dalam Rangka Respon KLB PD3I di Sumatera Utara.
- Monitoring dan Supervisi Pelaksanaan Surveilans PD3I di Kalimantan Barat, Aceh dan Bogor.
- Monitoring dan Supervisi Pengenalan Antigen Baru di Provinsi Bengkulu.
- Monitoring Ketersediaan Vaksin dan Logistik Imunisasi di Jawa Barat.

### 3.2.8 Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular

Definisi operasional Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular (PTM) yakni kabupaten/kota dengan proporsi non-hipertensi minimal 75%, proporsi non-diabetes melitus minimal 85% menerapkan KTR. Indikator dihitung dari jumlah kabupaten/kota dengan proporsi non-hipertensi minimal 75%, proporsi non-diabetes melitus minimal 85% menerapkan KTR dibagi jumlah total kabupaten/kota dikali 100%. Proporsi dihitung berdasarkan hasil skrining.

Capaian indikator Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular (PTM), sampai Semester I Tahun 2025 sebesar 46,8% dari target 50% atau tercapai sebesar 93,6%. Indikator ini merupakan indikator baru dalam draf Renstra Tahun 2025–2029 dan tidak ada perhitungan *baseline*

sehingga perbandingan capaian dengan tahun sebelumnya tidak dapat dibandingkan.

Kendala dalam pencapaian target Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular antara lain:

- Adanya indikator dan Definisi Operasional baru terkait SPM Hipertensi dan DM dalam PMK No. 6 Tahun 2024.
- Data SPM yang bersumber dari data Kemendagri belum ada capaian hingga Semester I Tahun 2025.
- Sasaran SPM ditetapkan oleh kepala daerah mengacu pada Permendagri Nomor 59 Tahun 2021 diprioritaskan untuk masyarakat kurang mampu, sehingga denominasinya dapat berbeda dengan program yang ditujukan untuk seluruh masyarakat.

Upaya strategis pemecahan masalah yang dilakukan antaralain:

- Pelaksanaan Cek Kesehatan Gratis (CKG) untuk mendorong masyarakat melaksanakan skrining faktor risiko PTM.
- Tindak lanjut pada masyarakat sesuai hasil skrining PTM melalui tatalaksana sesuai standar di FKTP, edukasi, konseling, pengobatan dan pemantauan.

- Mendorong integrasi capaian PTM pada sistem pelaporan dan layanan yang berbeda sehingga dapat menggambarkan capaian layanan PTM secara holistik, khususnya dalam layanan Hipertensi dan DM.
- Percepatan *Dashboard* SatuSehat yang memuat capaian SPM daerah.

### 3.2.9 Angka Populasi Bebas Penyakit Menular

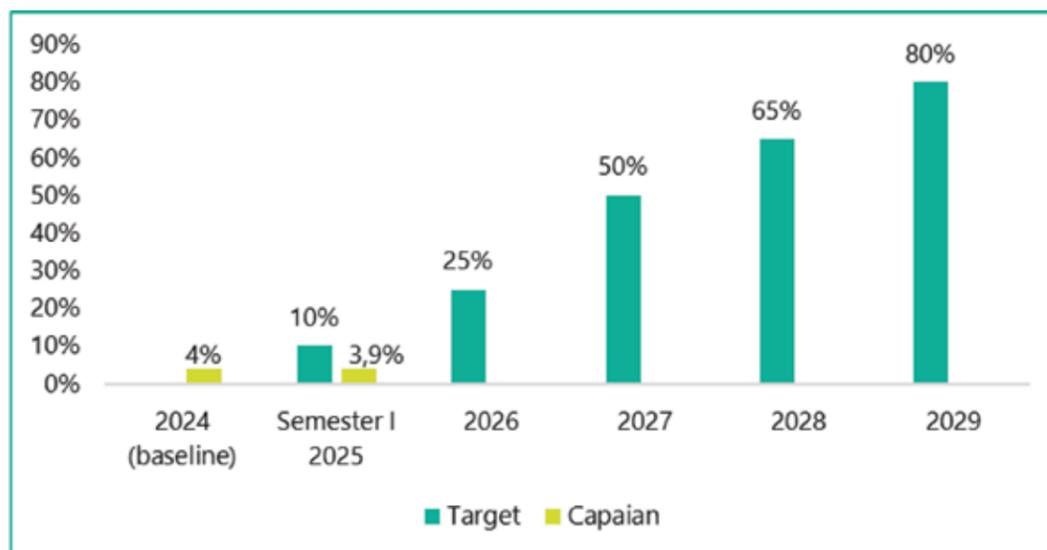
Definisi operasional Angka Populasi Bebas Penyakit Menular adalah kabupaten/kota yang memenuhi keberhasilan pengobatan TB > 90%, penemuan kasus TB > 90%, dan minimal

2 dari ODHIV dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan hasil viral load tersupresi 95% eradikasi frambusia dan eliminasi malaria. Indikator ini dihitung dari Jumlah kabupaten/kota yang memenuhi keberhasilan pengobatan TB > 90%, penemuan kasus TB > 90%, dan minimal 2 dari yakni ODHIV dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan hasil viral load tersupresi 95%, eradikasi frambusia, eliminasi malaria dibagi jumlah kabupaten/kota dikali 100%.

Indikator Angka Populasi Bebas Penyakit Menular merupakan indikator baru dalam draf Renstra Kemenkes sehingga perbandingan capaian hanya bisa dibandingkan dengan baseline tahun 2024, tren target dan capaian sebagai berikut:

Grafik 3.71

Target dan Capaian Angka Populasi Bebas Penyakit Menular Tahun 2024–2029



Grafik di atas menunjukkan bahwa capaian angka populasi bebas penyakit menular sampai Semester I Tahun 2025 baru mencapai 0.39%, bila dibandingkan dengan target 10%, persentase kinerja sebesar 39%. Terdapat dua kabupaten/kota yang telah mencapai target Angka Populasi Bebas Penyakit Menular yakni Kotawaringin Barat dan Kota Banjar.

Kendala dan permasalahan yang ditemukan untuk mencapai target angka populasi bebas penyakit menular yakni:

- Kendala dalam mencapai jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malari yakni:
  - Salah satu kriteria eliminasi malaria adalah tidak ada kasus indigenous selama 3 tahun terakhir, dari hasil uji petik yang dilakukan di 4 kabupaten/kota untuk kasus indigenous ditemukan terakhir pada bulan Mei 2022.
  - Peningkatan kasus di kabupaten/kota yang sudah eliminasi malaria.
- Kendala dalam mencapai jumlah kabupaten/kota dengan cakupan ODHIV ditemukan dan mulai pengobatan ARV minimal 90% yakni:
  - Belum semua layanan mampu tes HIV dapat memberikan pengobatan, sehingga adanya potensi ODHIV hilang sebelum mulai pengobatan karena proses rujuk.

- Masih ditemukannya ODHIV baru ditemukan dengan stadium lanjut sehingga tidak dapat langsung memulai pengobatan ARV.

- Kendala dalam mencapai jumlah kabupaten/kota dengan angka keberhasilan pengobatan TBC > 90% yaitu:

- Pasien TBC ada yang belum dilakukan evaluasi pengobatan serta terdapat pasien yang loss to follow up, gagal pengobatan dan meninggal pada bulan Januari–Maret 2025.
- Delay reporting hasil pengobatan tuberkulosis.

### 3.2.10 Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan

Literasi kesehatan adalah kemampuan seseorang untuk mendapatkan, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan diri dan keluarganya. Ini mencakup kemampuan untuk mengakses, mengolah, menilai, dan menerapkan informasi kesehatan dalam berbagai situasi untuk menjaga kesehatan.

Definisi Operasional Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan adalah persentase penduduk dengan skor literasi masuk kategori “sufficient” dan “excellent”. Literasi kesehatan dimaksud adalah tingkat kemampuan penduduk dalam mengakses, memahami, menilai dan menerapkan informasi kesehatan untuk mengambil keputusan yang terkait pelayanan kesehatan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

Cara perhitungannya yakni jumlah penduduk dengan skor literasi kesehatan masuk kategori “sufficient” dan “excellent”, dibagi total responden, dikali 100%. Nilai literasi kesehatan tiap individu diukur dengan instrument HLS-ID 16 dengan skala 0–64 selanjutnya dikategorikan sbb:

- Literasi kesehatan *inadequate*: skor 0–16
- Literasi kesehatan *problematic*: skor 17–32
- Literasi kesehatan *sufficient*: skor 33–48
- Literasi kesehatan *excellent*: skor 49–64.

Tabel 3.49

Realisasi Kinerja Indikator Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1	Capaian Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan (%)	36,3	N/A	N/A

Data Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan didapatkan dari survei. Pada tahun 2025 belum dilaksanakan survei terkait, sehingga data Capaian Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan Tahun 2025 Semester 1 masih belum tersedia.

Faktor pendukung capaian indikator adalah tersedianya data Capaian indikator 2024 sebesar 36,3% untuk Pulau Jawa yang digunakan sebagai *baseline data*.

Faktor penghambat capaian indikator ini pada tahun 2024 hanya mewakili Pulau Jawa karena keterbatasan anggaran yang tersedia.

Adapun alternatif solusi yang dilakukan pada tahun 2025 diusulkan untuk dilakukan survei literasi kesehatan pada masyarakat di wilayah Pulau Sumatera. Untuk tahapan pelaksanaan hingga saat ini masih dalam proses pengajuan materi tahap persiapan pengadaan barang dan jasa.

### 3.2.11 Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Fisik Cukup

Aktivitas fisik sangat penting untuk menjaga kesehatan dan kebugaran. Rutin berolahraga dapat meningkatkan kualitas hidup, menjaga kesehatan jantung, mengendalikan berat badan, dan meningkatkan kesehatan mental. Untuk orang dewasa, WHO menganjurkan setidaknya 150 menit aktivitas fisik intensitas sedang atau 75 menit aktivitas fisik intensitas tinggi per minggu. Anak-anak dan remaja membutuhkan setidaknya 60 menit aktivitas fisik intensitas sedang hingga berat setiap hari.

Definisi Operasional Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup adalah Persentase

penduduk yang melakukan aktivitas fisik yang dianjurkan (>150 menit) selama jangka waktu tertentu (1 minggu) terhadap penduduk berusia >10 tahun pada jangka waktu yang sama

Cara perhitungannya adalah Jumlah penduduk yang melakukan aktivitas fisik yang dianjurkan (>150 menit) selama jangka waktu tertentu (1 minggu) terhadap penduduk berusia >10 tahun pada jangka waktu yang sama dalam suatu wilayah, dibagi jumlah penduduk >10 tahun, dikali 100%.

Data Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup didapatkan dari survei. Sampai dengan akhir bulan Juni tahun 2025 masih berlangsung pelaksanaan survei Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup, sehingga data Capaian Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup Semester 1 Tahun 2025 masih belum tersedia.

Tabel 3.50

Realisasi Kinerja Indikator Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Fisik Cukup

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1	Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup (%)	65	N/A	N/A

Dalam upaya pencapaian indikator Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup dilakukan kegiatan sebagai berikut:

- Penyusunan Pedoman Aktivitas Fisik.
- Fasilitasi dan Pembinaan Kebugaran Jasmani dan Aktivitas Fisik
- Workshop Kesehatan olahraga.
- Pemeliharaan SIPGAR.

Faktor pendukung:

- Dana kegiatan pendukung sudah dialokasikan melalui APBN.
- Tersedianya aplikasi SIPGAR.
- Partisipasi masyarakat terkait olah raga cukup tinggi

Faktor penghambat pencapaian indikator adalah seluruh kegiatan pendukung pencapaian indikator Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup masih dalam revisi DIPA.

Alternatif solusi yang dilakukan untuk mencapai indikator:

- Melakukan percepatan proses revisi DIPA melalui Sesditjen Kesprimkom.
- Mematuhi jadwal pelaksanaan survei yang sudah direncanakan.

### 3.2.12 Kabupaten/Kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Definisi indikator Kabupaten/Kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STMBM) adalah kabupaten/kota yang telah terverifikasi 100% KK setop buang air besar sembarangan di tempat terbuka dan minimal 75% KK berperilaku 3 pilar STBM lainnya. Indikator dihitung dari Jumlah kabupaten/kota yang telah terverifikasi 100% KK setop buang air besar sembarangan di tempat terbuka dan minimal 75% KK berperilaku 3 pilar STBM lainnya.

Capaian indikator kabupaten/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat sampai bulan April 2025 sebesar 8 kabupaten/kota dari target 30 kabupaten/kota atau dengan persentase kinerja sebesar 26.7%. Gambarnya sebagai berikut:

Grafik 3.72

Target dan Capaian Kab/Kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Tahun 2024–2029



Grafik diatas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan capaian kabupaten/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat bila dibandingkan dengan baseline capaian tahun 2024 maka terdapat penambahan 4 kabupaten/kota. Bila dibandingkan dengan target tahun 2025, maka capaian Semester I masih sangat rendah dan diperlukan upaya percepatan sehingga target akhir tahun 2025 dapat tercapai.

Dalam pelaksanaan kegiatan dan pencapaian target ditemukan beberapa kendala dan permasalahan antara lain:

- Data capaian STBM memerlukan berita acara verifikasi STBM.

- Indikator dan definisi operasional baru sehingga dibutuhkan pendampingan secara rutin dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi program STBM.
- Masih kurangnya peningkatan kapasitas bagi petugas dan pendamping pelaksanaan program dan monitoring.
- Masih terkendalanya sistem informasi berbasis aplikasi, yang belum bisa dimanfaatkan karena masih dalam penyesuaian indikator baru.
- Untuk layanan sarana dibutuhkan peran sektor selain kesehatan untuk perubahan perilaku.

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

Mendorong kabupaten/kota yang sudah melaksanakan STBM untuk dilakukan verifikasi dan dikeluarkan berita acara verifikasi STBM.

Dibentuk koordinator wilayah di tingkat pusat yang melakukan sosialisasi dan pendampingan secara rutin di provinsi binaan masing-masing.

Rencana pelatihan di Plataran Sehat untuk memenuhi target petugas dan pendamping pelaksanaan STBM di daerah dalam bentuk pelatihan untuk pemicuan, pendampingan dalam perencanaan dan monitoring dan evaluasi.

Memastikan penggunaan Sistem Informasi STBM yang dikembangkan oleh pusat pada Triwulan III Tahun 2025.

### 3.2.13 Prevalensi Obesitas >18 tahun

Definisi operasional indikator prevalensi obesitas >18 tahun yakni kasus obesitas pada penduduk usia >18 tahun dengan kategori BMI >27 dalam setahun. Indikator prevalensi obesitas dihitung dari jumlah penduduk umur >18 tahun dengan hasil pengukuran IMT  $\geq 27$  dibagi dengan jumlah populasi sasaran dikali 100%.

Indikator prevalensi obesitas >18 tahun juga menjadi indikator pada tahun 2020–2024 dengan target yang berbeda pada periode 2020–2024 target indikator 21,8% sedangkan pada periode 2025–2029 target indikator sebesar 23,4%.

Capaian indikator prevalensi obesitas Semester I Tahun 2025 masih menggunakan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023 yakni sebesar 23,4%. Selain itu dilakukan juga perhitungan melalui Aplikasi Sehat Indonesiaku, tren capaian prevalensi obesitas digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.73

Prevalensi Obesitas >18 Tahun Periode Tahun 2020–Semester I 2025



Dalam pencapaian indikator prevalensi obesitas terdapat beberapa kendala dan faktor penghambat pencapaian target antara lain:

- Kurangnya kesadaran dan edukasi masyarakat yang mengakibatkan banyaknya masyarakat yang belum menyadari pentingnya deteksi dini obesitas.
- Masyarakat masih beranggapan bahwa obesitas bukan sebuah penyakit sehingga fokus sering kali hanya pada penyakit yang sudah muncul (misalnya diabetes dan hipertensi), bukan pada faktor risikonya.

- Terbatasnya akses ke Layanan Kesehatan, terutama di daerah terpencil, belum optimal dalam menyediakan layanan skrining dan deteksi dini obesitas dan kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih dalam penanganan obesitas secara komprehensif.
- Gaya Hidup Tidak Sehat seperti pola makan tinggi kalori dan rendah gizi (*fast food*, minuman manis, dsb), aktivitas fisik yang rendah karena gaya hidup sedentari (banyak duduk dan kurang bergerak) dan paparan terhadap iklan makanan tidak sehat, terutama pada anak-anak.

- Faktor Sosial Ekonomi yaitu masyarakat berpenghasilan rendah cenderung memiliki akses terbatas ke makanan sehat dan fasilitas olahraga.

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

- Melakukan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya deteksi dini faktor risiko Penyakit Tidak Menular.
- 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.
- Melakukan advokasi dan sosialisasi yang bersifat masif dan terintegrasi dalam mendukung kegiatan Posyandu sebagai sarana sarana deteksi dini obesitas.

- 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.

- Melakukan koordinasi dengan Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (PMK), Kementerian Keuangan, Balai POM, Kementerian Koperasi, Kementerian UMKM, Kementerian Pariwisata dan Kementerian Ekonomi Kreatif khususnya tentang pentingnya makanan sehat.

### 3.2.14 Persentase Kabupaten/Kota dengan Fasilitas Kesehatan Sesuai Standar

Definisi operasional persentase kabupaten/kota dengan fasilitas kesehatan sesuai standar adalah persentase kabupaten/kota yang memiliki:

1. Fasilitas kesehatan primer
  - a. 80% desa di kabupaten/kota memiliki setidaknya 1 Pustu; dan
  - b. 80% Puskesmas di kabupaten/kota melayani  $\leq 30$  ribu penduduk atau jarak  $\leq 120$  menit.
2. Fasilitas kesehatan lanjutan minimal 1 rumah sakit kelas C untuk setiap kabupaten/kota sesuai kebutuhan

Cara perhitungan indikator adalah jumlah kabupaten/kota yang memiliki jumlah Puskesmas, Pustu dan RS sesuai kebutuhan, dibagi jumlah kabupaten/kota dikali 100%.

Persentase kabupaten/kota dengan fasilitas kesehatan sesuai standar merupakan indikator baru dan bersifat komposit yang belum ada sistem pencatatan dan pelaporannya.

Faktor pendukung:

- Tersedia aplikasi sarana dan prasarana alat kesehatan (ASPAK).
- Dukungan pusat dalam pemenuhan sarana dan prasarana kesehatan baik untuk Puskesmas Pembantu, Puskesmas maupun Rumah sakit.
- Koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam pembangunan RS, Puskesmas, dan Pustu.
- Dikeluarkannya Permenkes No. 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat, KMK No. HK.01.07-MENKES-1047-2024 tentang Standar Peraltan Dalam Rangka Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer Pada Puskesmas, UPKDK, Posyandu.

**Tabel 3.51**

**Realisasi Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Fasilitas Kesehatan Sesuai Standar**

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt I 2025	% Realisasi
1	Persentase Kabupaten/Kota dengan Fasilitas Kesehatan	85	N/A	N/A

Faktor penghambat:

- Belum ada sosialisasi terkait indikator.
- Belum ada sistem pencatatan dan pelaporan terkait kabupaten/kota yang melayani < 30 ribu penduduk atau jarak < 120 menit

Solusi Kegiatan:

- Melakukan sosialisasi indikator.
- Membangun sistem pencatatan dan pelaporan dengan mengguankan aplikasi ASPAK.
- Berkoordinasi dengan direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan rujukan pengampu Rumah Sakit.

### 3.2.15 Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Perbekalan Kesehatan Sesuai Standar

Definisi operasional indikator ini adalah persentase fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas termasuk Labkesmas dan RS) yang secara konsisten mempertahankan tingkat kecukupan pasokan kesehatan esensial, termasuk diagnostik, reagen, obat-obatan, vaksin, sesuai dengan pedoman untuk memenuhi kebutuhan pasien dan masyarakat, dalam jangka waktu tertentu.

Cara perhitungannya adalah jumlah fasilitas pelayanan kesehatan dengan perbekalan kesehatan yang memadai sesuai standar dibagi jumlah total fasilitas pelayanan kesehatan dikali 100 persen.

Tabel 3.52

Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Perbekalan Kesehatan Sesuai Standar

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1	Persentase fasilitas pelayanan kesehatan dengan perbekalan kesehatan sesuai standar	83%	75,04%	90,41%

#### Analisis Upaya Keberhasilan Pencapaian Target Indikator

Pada tahun 2025, target indikator kinerja persentase fasilitas pelayanan kesehatan dengan perbekalan kesehatan sesuai standar berdasarkan Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025–2029 yaitu sebesar 83%. Adapun realisasi indikator kinerja tersebut pada Semester I tahun 2025 yakni sebesar 75,04% dengan capaian 90,41%.

Realisasi indikator di Semester I tahun 2025 menunjukkan hal yang positif untuk mencapai

target di akhir tahun ini serta periode akhir jangka menengah berdasarkan Rancangan Renstra 2025–2029 yaitu sebesar 95%. Indikator ini belum dapat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya dikarenakan indikator tersebut merupakan indikator baru, baik dari definisi operasional maupun cara perhitungan. Hingga saat ini, belum ada standar nasional/ internasional yang dijadikan *benchmark* terkait “Persentase fasilitas pelayanan kesehatan dengan perbekalan kesehatan sesuai standar”.

Grafik 3.74

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Perbekalan Kesehatan Sesuai Standar Semester I Tahun 2025



Sumber data: Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

Adapun strategi dan upaya yang dilakukan untuk memperoleh keberhasilan atas pencapaian kinerja yakni melalui pelaksanaan advokasi penerapan DOEN dalam penyediaan obat esensial yang digunakan untuk penanganan 9 penyakit prioritas kepada stakeholder (rumah sakit) dan melaksanakan koordinasi dengan untuk melakukan monitoring dan evaluasi obat yang tidak tersedia dan dilakukan upaya pemenuhannya sehingga dapat terpenuhi penggunaan obat esensial untuk penanganan 9 penyakit prioritas.

Selain itu, upaya ini juga turut didukung dengan penyampaian surat Direktur Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan Nomor: FY.07.03/E/965/2025 tanggal 3 Juni 2025 tentang Surat Pengantar Indikator Persentase Rumah Sakit dengan Penggunaan Obat Esensial untuk Penanganan 9 Penyakit Prioritas dan Indikator Persentase Fasilitas Kesehatan yang Memiliki Obat, Vaksin, dan BMHP Sesuai Standar Triwulan II Tahun 2025 kepada seluruh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta seluruh rumah sakit.

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah:

- Pemantauan ketersediaan secara rutin melalui *dashboard* guna melihat tingkat kecukupan obat dan vaksin program.

- Menginventarisir pelaporan kekosongan perbekalan kesehatan beserta alasan yang melatarbelakangi dari fasyankes dan bekerja sama dengan Dit. Produksi dan Distribusi Farmasi secara berkala untuk dilakukan monitoring dan dorongan pemenuhan dari pihak industri.
- Menyampaikan surat kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota dan Kepala Puskesmas nomor FY.05.03/E/420/2025 tanggal 4 Maret 2025 perihal Penguatan Pelaporan Data Ketersediaan Obat, dimana sesuai arahan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK), tingkat pelaporan akan dipertimbangkan sebagai variabel yang mempengaruhi besaran dan lokus penerima DAK di tingkat Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi. Hal ini dilakukan untuk mendorong kepatuhan dalam pelaporan sehingga dapat memastikan ketersediaan data yang akurat dan tepat waktu yang akan mendukung perencanaan alokasi DAK berbasis kebutuhan riil di setiap daerah.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Terdapat beberapa daerah yang mengalami hambatan dalam pencairan anggaran untuk penyediaan perbekalan kesehatan.
- Efisiensi alokasi anggaran di sejumlah wilayah menyebabkan perlunya penyesuaian kembali terhadap rencana kebutuhan obat dan vaksin sesuai dengan prioritas program dan tingkat ketersediaan yang ada serta keterbatasan anggaran distribusi menyebabkan ketersediaan obat dan vaksin tidak merata.

Alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi beberapa permasalahan tersebut adalah sebagai berikut:

- Memfasilitasi pertemuan lintas sektor yang melibatkan Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Bappeda, dan Dinas Kesehatan guna mencari solusi atas kendala pencairan anggaran yang dihadapi daerah.
- Melakukan penyesuaian anggaran berdasarkan prioritas program dan kondisi ketersediaan, serta mendorong percepatan proses pengadaan dan distribusi obat dan vaksin tahap II di tahun 2025.

Analisis efisiensi sumber daya yang dilakukan, antara lain:

- Percepatan kontrak pengadaan obat, vaksin dan reagen melalui kegiatan penjaminan dan optimalisasi pengadaan obat, vaksin dan reagen yang dilaksanakan secara daring.
- Melakukan pemantauan pelaksanaan stok opname obat, vaksin dan reagen setiap bulan secara daring yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan Puskesmas melalui sistem satu sehat logistik SMILE.

### 3.2.16 Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan Mencapai Akreditasi Paripurna

#### Definisi Operasional

Indikator persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna memiliki definisi operasional yakni Persentase fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit pemerintah) dengan akreditasi paripurna.

**Cara perhitungan**

Jumlah fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit pemerintah) yang mendapatkan status akreditasi paripurna dan masih berlaku dalam kurun waktu 2025–2029 dibagi Jumlah fasilitas Kesehatan yang teregistrasi dikali 100%

**Rumus Perhitungan**

Jumlah fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit pemerintah) yang mendapatkan status akreditasi paripurna dan masih berlaku dalam kurun waktu 2025–2029 dibagi Jumlah fasilitas Kesehatan yang teregistrasi dikali 100%.

**Capaian Indikator**

Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang teregistrasi dan terakreditasi pada Semester I 2025 adalah sebagai berikut:

(a) Fasyankes Teregistrasi  
Puskesmas sebanyak 10.268 Puskesmas;  
Klinik Utama sebanyak 3.601 Klinik;  
Unit Pengelola Darah sebanyak 234 Unit;  
Laboratorium Medis sebanyak 869 Lab;  
Rumah Sakit Pemerintah sebanyak 1.219 RS.

(b) Fasyankes Terakreditasi Paripurna  
Puskesmas sebanyak 6.355 Puskesmas;  
Klinik Utama sebanyak 1.626 Klinik;  
Unit Pengelola Darah sebanyak 100 Unit;  
Laboratorium Medis sebanyak 384 Lab;  
Rumah Sakit Pemerintah sebanyak 967 RS.

Berdasarkan data fasilitas pelayanan kesehatan di atas, Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit pemerintah yang terakreditasi adalah 9.432, serta jumlah fasilitas pelayanan kesehatan teregistrasi sebanyak 16.191, sehingga Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna adalah 58,26%.

**Analisis Capaian Persentase Fasyankes Terakreditasi Paripurna**

- Capaian persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna merupakan indikator baru yang merupakan indikator komposit. Adapun komposisi pembentuk indikator ini terdiri atas akreditasi fasilitas kesehatan lanjutan (RS, Klinik Utama, Lab Medis, dan Unit Pengelola Darah), serta fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (Puskesmas) yang memiliki kewajiban akreditasi untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

- Capaian triwulan II atau Semester I 2025 untuk Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna adalah 58,26%. Sementara target pencapaian yang telah ditetapkan untuk indikator tersebut pada tahun 2025 adalah 33%. Sehingga persentase capaian terhadap target adalah 176,53% yang berarti target telah terlampaui.

- Pencapaian yang cukup jauh melampaui target tersebut dipengaruhi beberapa hal sebagai berikut:

(a) Target Persentase Fasyankes Terakreditasi Paripurna pada tahun 2025 sebesar 33% ditetapkan melalui pertimbangan hasil pembinaan dan pengawasan (binwas) pascaakreditasi di sejumlah fasyankes. Pada tahun 2023–2024 telah dilakukan binwas terhadap 30 RS yang mendapat status kelulusan akreditasi paripurna, ternyata hanya 37% yang sesuai dengan status kelulusan akreditasi paripurna. Penetapan angka target 33% tersebut juga dengan mempertimbangkan kemungkinan terjadinya hal serupa di jenis fasyankes lainnya serta dengan memperhitungkan jumlah Puskesmas, RS, Lab Medis, Klinik Utama, dan UPD yang menjadi target komposit pada ISS ini.

(b) Selain dipengaruhi oleh penetapan target, capaian Persentase Fasyankes Terakreditasi Paripurna juga dipengaruhi oleh IKP Persentase Rumah Sakit Pemerintah Terakreditasi Paripurna yang juga telah melampaui target dengan realisasi 80% dari target 38%, capaian yang tinggi ini dikarenakan angka 80% tersebut masih termasuk akumulasi dari

**Tabel 3.53**

**Persentase Fasilitas pelayanan Kesehatan Mencapai Akreditasi Paripurna**

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt I 2025	% Realisasi
1	Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna	33	58,26	176,53

Rumah Sakit yang terakreditasi paripurna sebelum ditetapkannya Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Dengan demikian, diperlukan waktu hingga setiap RS melakukan reakreditasi atau menjadi lokus Binwas Pascaakreditasi untuk diperoleh pembaruan capaian Persentase Fasyankes Terakreditasi Paripurna yang sesuai dengan Kepmenkes Standar Akreditasi RS terbaru.

(c) Puskesmas terakreditasi paripurna sebagai kontributor terbesar dalam indikator komposit ini juga sedang dalam penyesuaian instrumen akreditasi yang baru. Dalam rangka penyesuaian dengan integrasi pelayanan kesehatan primer, maka instrumen akreditasi akan direvisi dan jumlah Puskesmas terakreditasi paripurna dipertimbangkan kembali berkenaan dengan status penerapan Integrasi Layanan Primer (ILP).

(d) Masih terdapat Puskesmas yang belum *bridging*/pengiriman data ke SATU SEHAT setiap bulan. Jika hal demikian tetap belum mencapai target setelah diberikan peringatan 3 kali akan dilakukan penurunan status akreditasi.

- Pada standar akreditasi RS yang terbaru, terdapat poin terkait kewajiban RS agar melaksanakan RME sesuai dengan regulasi yang berlaku (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis). Sampai dengan triwulan I 2025 terdapat 15 RS milik pemerintah diturunkan capaian akreditasi Paripurna menjadi Utamakarena tidak melaksanakan RME.

- Masih banyak RS yang belum melaksanakan PPRA (Program Pengendalian Resistensi Antimikroba), sedangkan pada Standar Akreditasi RS terbaru (Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/1596/2024) PPRA telah masuk dalam Program Nasional (Prognas) yang harus mendapatkan nilai 100 (dari 3246 RS, baru 380 RS yang menerapkan PPRA dengan komposisi 101 RS Pemerintah dan 279 RS Swasta).

**Analisis Capaian Kinerja Semester I 2025**

Target Indikator Sasaran Strategis Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna pada tahun 2025 adalah sebesar 33% yaitu 5.343 fasyankes yang terdiri atas Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit Pemerintah. Capaian indikator

**Tabel 3.54**

**Perbandingan Indikator Sasaran Strategis: Persentase FKTP Terakreditasi dengan Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai Akreditasi Paripurna (Target dan Capaian Tahun 2022–2025)**

Judul Indikator	2022		2023		2024		2025 Sem. I	
	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
Persentase FKTP terakreditasi	80%	56,4%	90%	68,69%	100%	92,51%		
Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna							33%	58,26%

Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna pada Semester I Tahun 2025 adalah 9.432 fasyankes dari 16.191 fasyankes atau 58,26% (tercapai). Capaian Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna merupakan capaian yang didapat dari hasil pelaksanaan survei akreditasi fasyankes dengan tingkat kelulusan paripurna di Indonesia.

Merujuk pada tabel di atas, telah terjadi peralihan dari Indikator Sasaran Strategis FKTP Persentase FKTP Terakreditasi menjadi Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna. Sedangkan secara capaian, pada akhir Renstra Kementerian Kesehatan periode 2020–2024 diperoleh

92,51% pada Semester II (TW IV) Tahun 2024 dengan komposisi Puskesmas dan Klinik Pratama sebagai penyusun perhitungannya. Tidak tercapainya indikator ini dikarenakan kendala menjangkau Puskesmas di wilayah DTPK serta hambatan untuk mengimbuai Klinik Pratama yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk mendaftar survei akreditasi.

Berbekal hasil dari pencapaian 2022–2024, untuk Indikator Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan terkait akreditasi diperluas cakupannya hingga meliputi Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit Pemerintah pada Renstra Kementerian Kesehatan periode 2025–2029. Hal demikian dimaksudkan agar fasilitas

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

kesehatan tingkat pertama maupun lanjutan dapat terpantau perkembangan akreditasinya. Selain itu, penetapan paripurna sebagai target secara umum juga demi mendorong pencapaian dan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan primer dan lanjutan secara komprehensif di seluruh Indonesia.

Jika dibandingkan dengan target jangka menengah (Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029), capaian persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna sudah melampaui target 2027. Namun, sebagaimana disampaikan dalam bagian awal analisis capaian indikator ini, masih terdapat sejumlah faktor yang dapat menurunkan atau mengoreksi hasil capaian persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna pada akhir tahun anggaran 2025.

Adapun analisis capaian kinerja dibandingkan dengan tahun 2024 serta beberapa tahun terakhir didukung dengan adanya:

Penyempurnaan Aplikasi Mutu Fasyankes sebagai sarana pelaporan mutu dan keselamatan pasien, dengan harapan mempermudah Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit Pemerintah melaporkan komitmen mutu melalui hasil pengukuran indikator nasional mutu dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Kegiatan bimbingan teknis mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan dilakukan dalam rangka upaya pemantauan dan evaluasi terhadap mutu pelayanan kesehatan, melihat fasyankes primer dan lanjutan melakukan upaya

perbaikan mutu termasuk strategi Puskesmas, Klinik, dan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan di masa pasca pandemi COVID-19 yang harus memperhatikan protokol kesehatan serta mengetahui masalah dan hambatan dalam melakukan pelayanan esensial pasca pandemi COVID-19.

Kegiatan pertemuan koordinasi dilakukan dalam rangka memperoleh dukungan sekaligus penguatan peran dari stakeholder terkait meliputi Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Fasyankes primer dan lanjutan, Organisasi Profesi, pihak swasta.

Hal ini dilakukan karena akreditasi Fasyankes termasuk dalam program prioritas nasional yang tercantum sebagai indikator Renstra dan RPJMN sehingga dalam pencapaian targetnya perlu kerjasama dengan stakeholder terkait.

Kemudian dalam mendukung pencapaian indikator sasaran strategis (ISS) Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna, terdapat capaian kinerja yang melibatkan lintas program di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas, ditampilkan sebagai berikut:

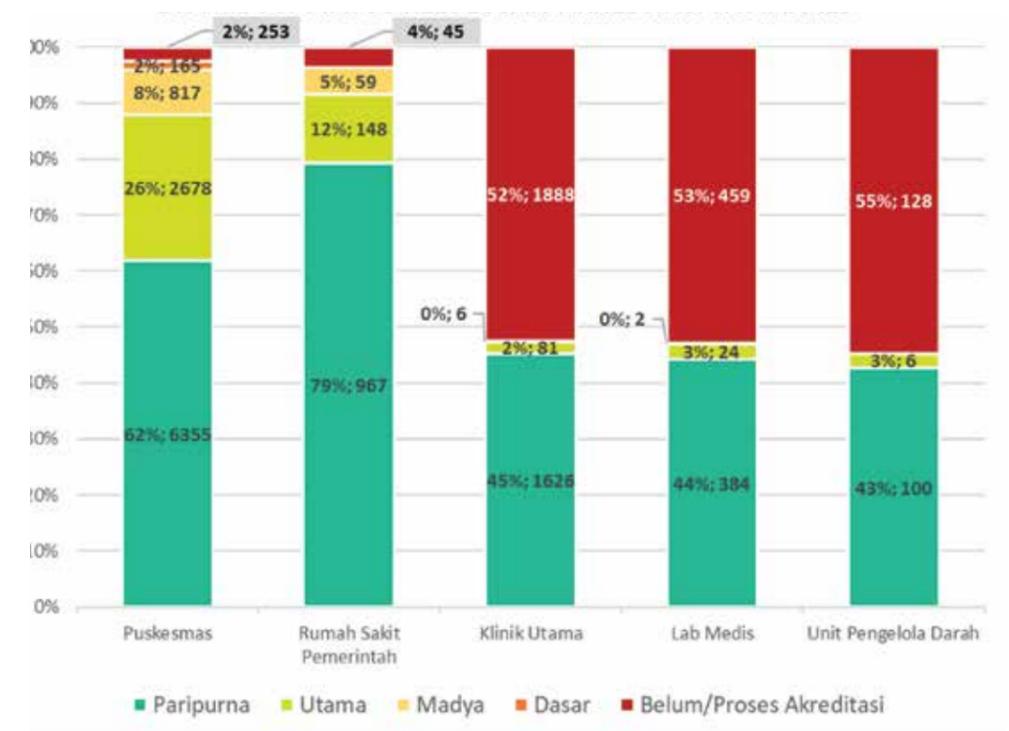
Tabel 3.55

Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan Mencapai Akreditasi Paripurna Dibandingkan dengan Target Jangka Menengah (Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029)

Judu Indikator	2025 Sem. 1		2026		2027		2028		2029	
	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna	33%	58,26%	36,5%	-	44%	-	62,5	-	75,5	-

Tabel 3.55

Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Fasyankes



Berdasarkan tabel di atas, capaian akreditasi fasyankes menurut jumlah dan persentasenya untuk setiap tingkat kelulusan adalah **(1) Puskesmas** terakreditasi Paripurna 62% (6.355 Puskesmas), Utama 26% (2.678 Puskesmas), Madya 8% (817 Puskesmas), Dasar 2% (165 Puskesmas), dan Belum/Proses akreditasi 2% (253 Puskesmas); **(2) RS Pemerintah** terakreditasi Paripurna 79% (967 RS), Utama 12% (148 RS), Madya 5% (59 RS), dan Belum/Proses akreditasi 4% (45 RS); **(3) Klinik Utama** terakreditasi Paripurna 45% (1.626 Klinik), Utama 2% (81 Klinik), Madya 0,1% (6 Klinik), Belum/Proses akreditasi 52% (1.888 Klinik); **(4) Lab Medis** terakreditasi Paripurna 44% (384 Lab), Utama 3% (24 Lab), Madya 0,2% (2 Lab), Belum/Proses akreditasi 53% (459 Lab); **(5) Unit Pengelola Darah** terakreditasi Paripurna 43% (100 unit), Utama 3% (6 unit), dan Belum/Proses akreditasi 55% (128 unit).

#### **Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya hingga Triwulan II 2025**

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan sosialisasi dan *workshop* dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi terkait kebijakan menjadi lebih luas. Selain itu, koordinasi maupun pemantauan

pada *stakeholders* terkait juga dilaksanakan menggunakan media komunikasi daring sebagai upaya pemantauan maupun peningkatan mutu di fasilitas pelayanan kesehatan.

#### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target:**

##### **Puskesmas**

#### **• Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.**

- a) Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 Tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
- b) Penetapan Standar Akreditasi Puskesmas (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023).
- c) Penetapan Tarif Survei Akreditasi (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023).
- d) Penetapan Instrumen Survei Akreditasi Klinik (Kepdirjen Nomor HK.02.02/1/105/2023)

d) Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).

e) Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023).

f) Penetapan Penyelenggaraan Akreditasi Pada Puskesmas dengan Kondisi Khusus oleh Kementerian Kesehatan) Kepmenkes Nomor HK.02.01/Menkes/389/2024).

h) Pengekoordinasian kebijakan dan implementasi penyelenggaraan akreditasi FKTP dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.

#### **- Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:**

- a) Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK
- b) Digital Transformation Office Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.

#### **- Koordinasi lintas sektor dengan Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, dan BPJS Kesehatan.**

#### **- Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi Puskesmas.**

- a) Penetapan kurikulum dan modul pelatihan calon surveyor akreditasi Puskesmas.
- b) Pelaksanaan Placement Test bagi calon surveyor akreditasi memanfaatkan aplikasi Pelataran Sehat.
- c) Pelaksanaan Training of Trainer (TOT) bagi calon survei akreditasi Puskesmas.
- d) Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi survei melalui Uji Kompetensi.

#### **- Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP.**

- a) Pemantauan dan Evaluasi implementasi standar dan petunjuk teknis survei akreditasi di Puskesmas.
- b) Pemantauan dan Evaluasi kepada survei akreditasi dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA).
- c) Percepatan survei akreditasi Puskesmas oleh LPA melalui pemantauan progress pencapaian akreditasi melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

**- Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di Puskesmas.**

- a) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas.
- b) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Puskesmas. RS Pemerintah, Klinik Utama, Lab Medis, dan Unit Pengelola Darah

**- Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.**

- a) Penetapan Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 dan Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/6604/2021).
- b) Penetapan Revisi Standar Akreditasi Rumah Sakit (Kepmenkes Nomor: HK.01.07/MENKES/1596/2024).
- c) Penetapan Standar Akreditasi dan Biaya Survei Rumah Sakit Kelas D Pratama (Kepmenkes Nomor: HK.01.07/MENKES/1094/2024).
- d) Penetapan Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit (Kepdirjen

Nomor: HK.02.02/D/47104/2024).

- e) Penetapan Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama (Kepdirjen Nomor: HK.02.02/D/43853/2024).
- f) Penetapan Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit (Kepmenkes Nomor: HK.02.02/D/43961/2024).
- g) Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).
- h) Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023).

**- Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait akreditasi di Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis, dan Unit Pengelola Darah.**

- Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
  - a) Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan terkait pengembangan sistem informasi pendukung penyelenggaraan akreditasi (SINAR, SIMAR, Mutu fasyankes, dan RS Online).

b) Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan terkait pemenuhan ASPAK.

- c) Direktorat Pelayanan Klinis terkait Standar dan Pedoman Pelayanan di Rumah Sakit.
- d) Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan terkait Tata Kelola Rumah Sakit.
- e) Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK.
- f) Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, dan BPJS Kesehatan.
  - Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis, dan Unit Pengelola Darah dengan Lembaga Penyelenggara Akreditasi, sejumlah asosiasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis, Unit Pengelola Darah, dan organisasi profesi terkait.
  - Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
- a) Penetapan kurikulum pelatihan calon surveior akreditasi Rumah Sakit.

- b) Penetapan kurikulum pelatihan calon surveior akreditasi Unit Pengelola Darah.
- c) Penetapan kurikulum pelatihan calon surveior akreditasi Klinik Utama dan Laboratorium Medis secara hybrid.
- d) Pelaksanaan Training of Trainer (TOT) bagi calon surveior akreditasi Unit Transfusi Darah secara hybrid.
- e) Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveior melalui Uji Kompetensi.

**- Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.**

- a) Workshop kepada Dinas Kesehatan dan fasyankes mengenai keselamatan pasien dan manajemen risiko di Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis, dan Unit Pengelola Darah.
- b) Bimbingan teknis terkait pencapaian target INM dan pelaporan IKP di Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis, dan Unit Pengelola Darah.
- c) Pendampingan akreditasi di Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis, dan Unit Pengelola Darah.

**- Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi fasyankes.**

- a) Pemantauan dan Evaluasi implementasi pedoman survei akreditasi di fasyankes (Pra Survei, Survei dan Pasca Survei)

b) Pemantauan dan Evaluasi kinerja lembaga penyelenggara Akreditasi, yaitu pencapaian indikator kinerja lembaga; dan pencapaian target indikator mutu lembaga.

Dalam pelaksanaan kegiatan ditemukan faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian target akreditasi Fasyankes yaitu:

**Faktor penghambat pencapaian target:**

**1) Puskesmas**

- Terdapat Puskesmas yang belum terakreditasi pada kondisi khusus (sulit akses, tidak tersedia biaya, rawan konflik/masalah keamanan)
- Dalam rangka penyesuaian dengan integrasi pelayanan kesehatan primer maka instrumen akreditasi akan direvisi dan jumlah Puskesmas terakreditasi paripurna dipertimbangkan terkait status penerapan ILP.
- Masih ada Puskesmas yang belum *bridging*/pengiriman data ke SATU SEHAT setiap bulan, jika tetap belum mencapai target setelah diberikan peringatan 3 kali akan dilakukan penurunan hasil akreditasi.

**2) RS Pemerintah, Klinik Utama, Lab Medis, dan Unit Pengelola Darah**

- Pada kegiatan pembinaan dan pengawasan akreditasi RS, ditemukan beberapa RS pemerintah yang belum mampu memenuhi standar Akreditasi terutama terkait sarana prasarana SDM pelaksana layanan yang sesuai dengan standar, penerapan pemberian asuhan sesuai standar, dan kepatuhan pelaporan INM dan IKP sehingga pada saat penilaian akreditasi tidak mencapai nilai maksimal/paripurna.
- Masih ada RS yang belum melaksanakan RME sesuai aturan sehingga berpotensi diberikan sanksi penurunan hasil akreditasi pada 31 Desember 2025.
- RS belum melaksanakan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA). Program PPRA masuk ke dalam Program Nasional yang harus mendapatkan nilai 100% untuk dapat lulus akreditasi.
- Pelaksanaan registrasi klinik belum optimal sehingga masih ada klinik yang terkendala dengan nomor registrasi tidak memiliki nomor register (kode fasyankes), sehingga kesulitan dalam mendaftar survey melalui aplikasi DFO, mengakses pelaporan INM, ASPAK

dan SISDMK. Pelaporan pada aplikasi-aplikasi tersebut menjadi persyaratan akreditasi.

- Kurangnya motivasi untuk terakreditasi pada klinik yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan belum ada konsekuensi lain/*punishment* bagi klinik jika tidak terakreditasi selain diputus kontrak oleh BPJS Kesehatan.
- Bagi klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan namun kapitasi masih rendah, tidak memiliki anggaran untuk survei akreditasi.
- Komitmen dan dukungan pemilik klinik untuk pemenuhan standar akreditasi masih rendah.
- Masih terdapat laboratorium kesehatan dan UPD yang belum memiliki izin berusaha dan belum teregistrasi.
- Laboratorium Kesehatan menjadikan sertifikasi ISO sebagai prioritas jika dibandingkan dengan akreditasi oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA).

**Faktor pendukung pencapaian target adalah:**

**1) Puskesmas**

- Telah terdapat Juknis Akreditasi Puskesmas pada kondisi khusus dan perlu direncanakan anggaran serta teknis pelaksanaannya.
- Adanya draf instrumen akreditasi yang disesuaikan dengan integrasi pelayanan kesehatan primer untuk dapat diterapkan saat pelaksanaan bimbingan reakreditasi selanjutnya dan perencanaan perbaikan strategis (PPS) yang disusun oleh Puskesmas.
- Adanya penyampaian kewajiban *bridging* dan pengiriman data ke SATU SEHAT dan review berkala setiap 3 bulan.

**2) RS Pemerintah, Klinik Utama, Lab Medis, dan Unit Pengelola Darah**

- Transformasi sistem akreditasi rumah sakit yang dimulai pada tahun 2022 dengan penetapan 6 lembaga independen penyelenggara akreditasi, penetapan standar akreditasi rumah sakit, petunjuk teknis survei akreditasi rumah sakit, tarif survei, kurikulum dan modul pelatihan, oleh Kementerian Kesehatan.

- Pelatihan surveyor secara besar-besaran pada 2022–2023.
- Pelaksanaan Uji Kompetensi Surveyor LPA pada tahun 2024.
- Advokasi *one on one* dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/kota.
- Adanya lebih dari satu Lembaga memperluas cakupan akreditasi, sehingga permintaan akreditasi setiap fasyankes dapat terpenuhi.
- Adanya kewajiban terakreditasi bagi klinik untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- Tersedianya sistem informasi akreditasi sehingga pelaksanaan dapat berjalan lebih efektif dan efisien.

**Untuk mengatasi faktor penghambat pencapaian maka diusulkan beberapa alternatif solusi sebagai berikut:**

- Melakukan survei akreditasi Puskesmas di daerah dengan kondisi khusus.
- Pemantauan akreditasi dengan Dinas Kesehatan secara daring maupun luring untuk mengetahui progress akreditasi yang dilakukan oleh pemerintah daerah dilakukan secara rutin dengan provinsi setiap bulan untuk mengevaluasi pelaksanaan akreditasi.

- Pemerataan distribusi surveyor akreditasi fasyankes sehingga tidak terkumpul hanya di pulau Jawa atau Sumatera melainkan juga di daerah timur Indonesia. Hal ini sangat penting untuk menurunkan biaya transportasi surveyor sehingga mendorong keinginan puskesmas untuk diakreditasi.
- Pelaksanaan Bimbingan Teknis, Workshop dan Sosialisasi Standar Akreditasi Fasyankes oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas kesehatan. Terkait infrastruktur, advokasi kepada Pemerintah Daerah yang bertanggung jawab pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan di wilayah tersebut.

**Upaya untuk mempertahankan Akreditasi Paripurna:**

- Telah diagendakan kegiatan Peningkatan kapasitas SDM di RS terkait pemenuhan standar akreditasi.
- Telah diagendakan kegiatan Diseminasi pelaporan INM dan IKP untuk peningkatan pemahaman terkait PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien).
- Monitoring dan Evaluasi pada RS terpilih
- Akan diajukan DAK NF untuk tahun 2026 untuk pelaksanaan Bimbingan Teknis di RS terpilih.

**Penerapan Rekam Medik Elektronik (RME):**

- Telah disampaikan himbauan kepada RS dan pemilik
- Menyediakan SIMGOS (gratis) dari Kemenkes
- Menyediakan Pendampingan dari PI dan Pusdatin
- Melaksanakan desk dan koordinasi dengan RS (Take Keslan)
- Monitoring dan Evaluasi penerapan RME di RS (Pusdatin Kemenkes dan Take Keslan)

**Implementasi pada Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA):**

- Telah dilaksanakan sosialisasi
- Telah diagendakan kegiatan Peningkatan kapasitas SDM di RS terkait program PPRA
- Monitoring dan Evaluasi pada RS terpilih
- Mendorong RS menyediakan sarpras untuk pemenuhan program PPRA
- Perumusan kebijakan untuk mendorong seluruh fasyankes agar melaksanakan akreditasi meskipun fasyankes tersebut tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

- Optimalisasi pada proses registrasi fasyankes agar setiap fasyankes (Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium, Unit Pengelola Darah, maupun TPMD/TPMDG) yang beroperasi dapat terdaftar dan terpantau oleh Kementerian Kesehatan RI.

### 3.2.17 Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan

**Definisi Operasional**

Mengukur tingkat kepuasan masyarakat dalam bentuk *feedback* dan survei terhadap pelayanan kesehatan oleh Puskesmas dan fasilitas kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan Klinik Utama).

**Cara Perhitungan**

Total nilai persepsi (Indeks Kepuasan Pasien) seluruh responden dari masing-masing fasyankes (Puskesmas, RS, dan Klinik Utama) yang telah diboboti sesuai jumlah masing-masing fasyankes yang dievaluasi untuk Indeks Kepuasan Pasien dibagi total seluruh fasyankes yang dievaluasi nilai Indeks Kepuasan Pasiennya, dikali 100%.

**Rumus Perhitungan**

$$\frac{(\text{Indeks Kepuasan Pasien Puskesmas} \times \text{Jumlah Puskesmas}) + (\text{Indeks Kepuasan Pasien RS} \times \text{Jumlah RS}) + (\text{Indeks Kepuasan Pasien Klinik Utama} \times \text{Jumlah Klinik Utama})}{\text{Jumlah total Puskesmas, RS, dan Klinik Utama}} \times 100\%$$

**Pencapaian Indikator Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan**

Pengukuran kepuasan pasien dihitung melalui survei kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima dari fasyankes. Hal ini merujuk pada rancangan Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2025–2029 serta Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK) 2025–2029. Merujuk pada definisi operasional tersebut, pencapaian tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan dapat diperoleh melalui survei yang dilakukan oleh faskes ataupun pihak ketiga dengan pasien sebagai responden pada survei tersebut.

Tabel 3.56

Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan

No	Indikator Kinerja Target 2025	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi
1	Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan	77	N/A	N/A

Penyelenggaraan survei kepuasan pasien dapat merujuk pada pengukuran indeks kepuasan masyarakat terhadap pelayanan publik yang diatur dalam Peraturan Menteri PAN RB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Berkenaan dengan hal tersebut, terdapat Indikator Nasional Mutu (INM) yang wajib dilaporkan oleh fasyankes (termasuk di dalamnya Puskesmas, RS, dan Klinik Utama) yang di dalamnya sudah mencakup poin terkait kepuasan pasien dengan berpedoman pada Peraturan Menteri PAN RB No. 14 Tahun 2017.

Pada pelaksanaannya, hasil survei kepuasan pasien melalui pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dapat diperoleh setiap 6 bulan (akhir semester 1 dan 2). Dalam hal ini, untuk mendapatkan data yang menyeluruh, Kementerian Kesehatan telah menetapkan tenggat waktu pelaporan INM oleh fasyankes yaitu pada minggu kedua di bulan berikutnya.

Dengan demikian, pencapaian kepuasan pasien di fasyankes Semester I Tahun 2025 baru dapat diperoleh pada minggu kedua bulan Juli 2025. Capaian tersebut juga dapat diperoleh dengan kondisi penting yang perlu dipenuhi, yakni jika aplikasi pelaporan INM (mutufasyankes.kemkes.go.id) dapat diakses dengan normal dan tanpa kendala.

**Analisis Capaian Kinerja Semester I 2025 Dibandingkan dengan Capaian Beberapa Tahun Terakhir serta Target Jangka Menengah RENSTRA Kementerian Kesehatan Periode 2025–2029:**

Target tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan pada tahun 2025 adalah sebesar 77 skor indeks yang mencakup pelayanan di Puskesmas, RS, dan Klinik Utama. Capaian

indikator tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan pada Semester I tahun 2025 baru dapat diperoleh pada minggu kedua bulan Juli 2025 (belum dapat ditentukan tercapai atau tidak). Angka capaian yang akan diperoleh bersumber dari hasil pengukuran Indikator Nasional Mutu di Puskesmas, RS, dan Klinik Utama.

Merujuk pada tabel di atas, telah terjadi peralihan dari Indikator Sasaran Strategis Presentase Kepuasan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan menjadi Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan. Sedangkan secara capaian, kedua indikator tersebut memiliki perbedaan pada objek indikator, rumus perhitungan, serta satuan. Presentase Kepuasan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan mengukur

Tabel 3.57

Perbandingan Presentase Kepuasan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan (Target & Capaian Tahun 2022–2025)

Judu Indikator	2022		2023		2024		2025 Sem. 1	
	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
Presentase Kepuasan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	60%	80%	75%	98,39%	90%	98,37%	-	-
Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan							77	N/A

kepuasan di Rumah Sakit dengan satuan persen untuk setiap pernyataan puas oleh pasien, sedangkan Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan mengukur kepuasan di Puskesmas, RS, dan Klinik Utama dengan satuan skor indeks yang mengacu pada Peraturan Menteri PAN RB No. 14 Tahun 2017. Perbedaan ini tentu berpengaruh pada cara perhitungan masing-masing indikator. Dengan demikian, tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan belum dapat dibandingkan dengan capaian pada tahun ataupun periode Renstra sebelumnya.

Jika dibandingkan dengan target jangka menengah (Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029), capaian Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan masih belum dapat teridentifikasi mencapai target atau tidak. Hal ini dikarenakan pencapaian kepuasan pasien di fasyankes Semester I Tahun 2025 baru dapat

diperoleh pada minggu kedua bulan Juli 2025. Capaian tersebut juga dapat diperoleh dengan kondisi penting yang perlu dipenuhi, yakni jika aplikasi pelaporan INM (mutufasyankes.kemkes.go.id) dapat diakses dengan normal dan tanpa kendala..

**Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya hingga Triwulan II 2025**

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki serta sejalan dengan kebijakan efisiensi anggaran perjalanan dinas atas arahan Presiden Republik Indonesia, survei kepuasan pasien tahun 2025 dilakukan oleh masing-masing fasyankes dan dilaporkan melalui sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu. Melalui langkah ini, capaian indikator dapat diperoleh dengan tetap mempertahankan definisi operasional indikator yang perlu merujuk pada

regulasi survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan publik sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku. Selain itu, pemantauan mutu melalui Indikator Nasional Mutu juga dilaksanakan secara daring sebagai bentuk efisiensi sumber daya yang digunakan.

**Upaya untuk mencapai target indikator**

- Dalam mencapai target indikator yang telah ditetapkan, telah dilaksanakan kegiatan untuk mencapai target, seperti:

- Akreditasi fasyankes yang sudah mencakup Puskesmas, RS, dan Klinik Utama.
- Sosialisasi Indikator Nasional Mutu bagi SDM Dinas Kesehatan dan SDM fasyankes.
- Pemantauan dan Evaluasi capaian Indikator Mutu per provinsi.
- Analisa dan Diseminasi hasil pelaporan Indikator Nasional Mutu.

**Dalam melaksanakan kegiatan untuk mendorong pencapaian indikator Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan, ditemukan faktor yang mempengaruhi pencapaian target sebagai berikut:**

**a. Penghambat pencapaian target**

- Masih ada fasilitas pelayanan kesehatan yang belum memahami Indikator Nasional Mutu pelayanan Kesehatan.

- Masih terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang belum patuh dalam Pelaporan Indikator Mutu.
- Belum seragamnya pemahaman Dinas Kesehatan mengenai tata cara pengukuran indikator mutu dan pelaporan Indikator Mutu sehingga belum mampu mendampingi fasilitas pelayanan kesehatan.
- Sistem Informasi Pelaporan Indikator Nasional Mutu yang digunakan terkadang bermasalah/error.

**Kendala jaringan di beberapa wilayah di Indonesia.**

**b. Pendukung pencapaian target**

- Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan dijadikan persyaratan kerja sama dengan BPJS sehingga mendorong fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan perbaikan sesuai dengan Standar Akreditasi yang ditetapkan bagi masing-masing jenis fasilitas pelayanan kesehatan.
- Kewajiban melakukan pengukuran kepuasan pasien didalam Indikator Nasional Mutu pelayanan Kesehatan yang harus dilaporkan berkala ke Kementerian Kesehatan.

**Tabel 3.58**

**Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan Dibandingkan dengan Target Jangka Menengah (Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029)**

Judu Indikator	2025 Sem. 1		2026		2027		2028		2029	
	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan	77%	N/A	78	-	79	-	79,5	-	80	-

Adapun terkait dengan beberapa faktor penghambat yang disebutkan di atas, maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah:

Advokasi kepada pemilik fasilitas pelayanan kesehatan agar berkomitmen untuk memenuhi harapan pasien yang disampaikan melalui survei kepuasan pasien.

Peningkatan pemahaman fasilitas pelayanan kesehatan dan dinas kesehatan melalui kegiatan refreshing daring/luring.

Pemantauan melalui monitoring dan evaluasi terhadap mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan secara terpadu (melibatkan lintas program).

Pengembangan dan pemeliharaan sistem informasi mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan.

### 3.2.18 Persentase Belanja Kesehatan Out of Pocket

#### a) Definisi Operasional

- Persentase pengeluaran layanan kesehatan yang dibayar langsung oleh individu atau rumah tangga (out-of-pocket) dibandingkan dengan jumlah total yang dibelanjakan untuk layanan kesehatan di negara selama periode tertentu

#### b) Cara Perhitungan

Total belanja kesehatan out-of-pocket dibagi total belanja kesehatan Indonesia dikali 100

#### c) Analisis Pencapaian

Belanja kesehatan rumah tangga (Out of Pocket/OOP) dalam kerangka National Health Account (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 2025 indikator proporsi Out Of Pocket (OOP) terhadap total

belanja kesehatan erat kaitannya dengan perhitungan belanja OOP pada perhitungan National Health Accounts (NHA) tahun 2024.

Sampai dengan semester 1 tahun 2025 produksi NHA 2024 belum dihasilkan, hal ini dikarenakan masih menunggu beberapa data belanja kesehatan dari KL Lain agar diperoleh total belanja kesehatan. KL terkait penyedia data dapat memberikan data setelah penyusunan PKS selesai dan juga terdapat KL yang masih proses penerbitan data audited.

Produksi NHA 2023 telah menghasilkan estimasi agregat belanja OOP sebesar Rp 175,7 Triliun dan Total Belanja Kesehatan sebesar Rp 614,5 Triliun sehingga diperoleh estimasi agregat proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan sebesar 28,6%.

Tabel 3.59

Persentase Belanja Kesehatan Out Of Pocket Semester I Tahun 2025 Target - Capaian

No	Indikator Sasaran Strategis	Semester I Tahun 2025		
		Target	Capaian	% Capaian
1	Persentase Belanja Kesehatan Out Of Pocket	28	28.8*	97

Angka unaudited

Tabel 3.60

Total Belanja Kesehatan 2014-2023



**d) Faktor – faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target**

Dhasilkannya total belanja kesehatan tahun 2024 tidak lepas dari dukungan berbagai pihak.

Perhitungan proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan sangat bergantung dengan kelengkapan data belanja kesehatan skema lainnya. Sampai dengan semester I tahun 2025, total belanja kesehatan tahun 2024 belum bisa diperoleh karena masih menunggu beberapa data dari KL Lain, sehingga proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan belum bisa dihitung.

Beberapa aktivitas yang mendukung perhitungan belanja kesehatan OOP dalam kerangka NHA

t-1 adalah:

1. Koordinasi dengan berbagai KL untuk pengumpulan data belanja kesehatan agar dapat
2. Menghitung total belanja kesehatan.
3. Penyusunan SK Tim Reviewer dan SK Tim Teknis pengolahan data yang mendukung produksi NHA t-1.
4. Penyusunan PKS dengan KL penyedia data dan bernegosiasi agar tetap memperoleh data meskipun PKS masih dalam proses penyusunan.
5. Triangulasi estimasi perhitungan belanja OOP kepada BPS.

**e) Faktor – faktor penghambat pencapaian target**

Beberapa faktor juga mempengaruhi pencapaian target indikator OOP, di antaranya

1. Cakupan kepesertaan JKN tinggi tapi >20% peserta tidak aktif sehingga mengeluarkan biaya dari kantong sendiri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
2. Mekanisme rujukan berjenjang dan antrian panjang yang sering memakan waktu membuat masyarakat lebih memilih biaya dari kantong sendiri dibanding dengan menggunakan JKN
3. Terdapat mekanisme selisih biaya untuk naik kelas pada pembiayaan JKN yang menggunakan tambahan dari kantong sendiri

**f) Faktor yang mendukung pencapaian target**

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

1. Berkolaborasi dengan BPJS kesehatan agar meningkatkan cakupan peserta aktif

2. Memperluas cakupan asuransi kesehatan baik melalui skema pemerintah maupun swasta, Laporan Kinerja Pusbikes Semester I Tahun 2025 Hal 19 serta memastikan paket manfaat mencakup kebutuhan kesehatan utama.
3. Mendorong implementasi kebijakan *Coordination of Benefit* (CoB) melalui Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan Kesehatan (KAPJ)
4. Melakukan sosialisasi pemanfaatan JKN untuk mengakses pelayanan kesehatan.

**3.2.19 Persentase Masyarakat Memiliki Asuransi Kesehatan Aktif**

**a. Definisi Operasional**

Persentase dari jumlah populasi yang dilindungi asuransi Kesehatan (JKN/asuransi swasta/keduanya) dan berstatus aktif.

**b. Cara Perhitungan**

Jumlah populasi yang dilindungi asuransi kesehatan yang berstatus aktif dibagi jumlah populasi dikali 100 persen.

**Tabel 3.61**

**Persentase Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif**

No	Indikator Sasaran Strategis	Semester I Tahun 2025		
		Target	Capaian	% Capaian
1	Persentase Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif	79,5%	78,28% (222,6 juta dari 228 juta)	78,28% (222,6 juta dari 228 juta)

**c. Analisis Pencapaian**

Pencapaian indikator ini melibatkan beberapa stakeholder terkait seperti BPJS Kesehatan, OJK dan asuransi swasta. Sampai dengan saat ini, Kementerian Kesehatan belum mendapatkan data dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) untuk jumlah individu yang menjadi tanggungan atau yang telah menjadi bertanggung dalam skema asuransi kesehatan. Kondisi tersebut disebabkan khusus data kepesertaan/tertanggung asuransi kesehatan swasta saat ini masih belum semua dilaporkan kepada OJK. Saat ini OJK juga sedang berupaya untuk pengembangan sistem agar semua informasi data kepesertaan asuransi swasta bisa tercatat lebih baik dan real time. Kondisi tersebut menyebabkan penghitungan persentase masyarakat memiliki asuransi kesehatan baru dapat diukur dari cakupan kepesertaan aktif program asuransi kesehatan sosial yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Namun demikian, Kemenkes telah menginisiasi pertemuan dengan OJK, BPJS Kesehatan dan Perhimpunan Asuransi Kesehatan (Jiwa dan Umum) untuk menyepakati perbaikan pengaturan Koordinasi Manfaat JKN dan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) yang telah diatur dalam HK.01.07/MENKES/1366/2024. Perbaikan ditujukan untuk mempercepat perluasan produk AKT untuk

cakupan masyarakat yang memiliki AKT sebagai suplemen program JKN.

Khusus terkait kepesertaan aktif JKN Kementerian Kesehatan telah melakukan advokasi intensif kepada Pemda, BPJS Kesehatan, dan DJSN untuk memperbaiki kondisi kepesertaan JKN, menghasilkan peningkatan koordinasi antar lembaga dan identifikasi kelompok masyarakat belum terjangkau, khususnya di daerah terpencil. Namun, tantangan seperti literasi keuangan rendah dan kepatuhan iuran masih menghambat. Penguatan regulasi dan edukasi masyarakat perlu dipercepat untuk memenuhi target Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025–2029. Untuk menjaga keaktifan peserta JKN kemampuan keuangan masing-masing daerah juga berpengaruh terhadap kemampuan pemda di dalam membayarkan iuran JKN terutama untuk penduduk yang masuk kategori kurang mampu tapi belum tercakup dalam DTSEN, begitu juga dengan peserta PBU Mandiri juga masih diperlukan kepatuhan dan kemauan dalam membayar iuran JKN. Kementerian Kesehatan juga mendorong BPJS Kesehatan lebih aktif dalam memperluas kepesertaan aktif di luar segmen PBI dan PBU Pemda (di luar yang dibayar oleh pemerintah/pemda).

**e. Faktor yang mendukung pencapaian target:**

- Melakukan advokasi kepada pemda, BPJS Kesehatan dan DJSN terkait kondisi kepesertaan JKN.
- Mendorong perbaikan pengukuran kinerja BPJS Kesehatan dalam memperluas kepesertaan aktif diluar segmen PBI dan PBU Pemda.
- Mendorong revisi regulasi penegakan kepatuhan pembayaran iuran dan tata kelola JKN.
- Mendorong OJK terkait pelaporan dan penyediaan data by name by address untuk peserta asuransi swasta.

**f. Faktor penghambat pencapaian target:**

Peserta cenderung hanya membayar jika sakit (kepatuhan membayar rendah).

Perluasan kepesertaan aktif oleh BPJS Kesehatan lebih bergantung pada kepesertaan PBI dan PBU Pemda (segmen bantuan iuran).

**g. Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

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

1. Mengalokasikan anggaran untuk mensubsidi iuran JKN bagi keluarga miskin melalui program Penerima Bantuan Iuran (PBI), menjangkau jutaan warga tidak mampu.
2. Berkoordinasi dengan BPJS untuk mengoptimalkan dalam rangka Meningkatkan fungsi aplikasi JKN Mobile untuk mempermudah masyarakat memantau status kepesertaan, membayar iuran, dan mengakses informasi layanan kesehatan.

**Tindak lanjut yang dilakukan adalah:**

1. Monitoring dan evaluasi: melakukan pengawasan berkala terhadap kepesertaan aktif melalui dashboard nasional yang terhubung dengan BPJS Kesehatan, serta evaluasi triwulanan di tingkat provinsi.
2. Penguatan regulasi untuk mendukung kepatuhan peserta dan pemberi kerja untuk memastikan kepesertaan aktif/ membayar iuran JKN.

3. Penguatan kemitraan: berkolaborasi dengan pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, dan sektor swasta untuk memastikan kualitas layanan dan kepatuhan pembayaraniuran.

Inovasi kebijakan: merumuskan regulasi yang mendukung perluasan cakupan JKN, termasuk insentif bagi daerah dengan tingkat kepesertaan tinggi.

### 3.2.20 Rasio Named dan Nakes Terhadap Populasi

#### Definisi Operasional

Jumlah tenaga medis dan kesehatan (dokter, perawat, bidan) yang tersedia terhadap jumlah penduduk

#### Formulasi perhitungan

Jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) yang terdata dibagi Total populasi dikali 1000 (di Kemenkes dan BPS)

#### Realisasi

Berdasarkan Data BPS tahun 2024, jumlah penduduk Indonesia mencapai 284.438.782 jiwa serta jumlah tenaga dan tenaga medis yang terdata berdasarkan data STR dari KKI sebanyak 1.543.763. Pada rancangan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029, telah ditetapkan target rasio tenaga medis dan tenaga kesehatan sebesar 5,3 per 1.000 penduduk, yang terdiri atas 0,80 dokter dan 4,50 tenaga perawat serta bidan per 1.000 penduduk.

Adapun realisasi capaian hingga saat ini menunjukkan rasio sebesar 0,76 dokter, dengan jumlah 216.132 orang dan 4,67 perawat serta bidan dengan total 1.329.631 orang.

Capaian total rasio tenaga medis dan tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk telah mencapai 102,45% dari target yang ditetapkan. Angka ini mencerminkan bahwa secara kuantitatif telah melampaui target nasional, khususnya pada kelompok perawat dan bidan. Namun demikian, rasio dokter masih berada sedikit di bawah target, sehingga tetap

Tabel 3.62

Capaian Indikator Sasaran Strategis Ditjen SDM Kesehatan berdasarkan rancangan Renstra 2025–2029

Tujuan/ Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis	Target	Capaian	%	Notifikasi
Layanan kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	Rasio named dan nakes terhadap populasi	5,30 per 1000 penduduk	5,43 per 1000 penduduk	102,43%	

Sumber Data Direktorat Jenderal SDM Kesehatan per 30 Juni 2025

menjadi perhatian dalam upaya pemenuhan tenaga medis secara merata dan proporsional di seluruh wilayah Indonesia.

Secara terperinci rasio dokter saat ini berdasarkan data STR per 30 Juni 2025 0,76:1000 penduduk (216.132 dokter), rasio ini masih belum memenuhi standar WHO yakni 1:1000 penduduk. Namun demikian untuk rasio perawat dan bidan saat ini sebesar 4,67: 1000 penduduk (1.329.631 orang) , angka ini telah melebihi dari standar WHO sebesar 4,5:1000 penduduk.

Bahwa hingga Semester I Tahun 2025, dokumen Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029 masih dalam proses penyusunan dan belum ditetapkan secara resmi. Sehingga capaian pada saat ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun lalu maupun dengan target

jangka menengah. Oleh karena itu, sebagai dasar pelaporan kinerja tahun 2025, Direktorat Jenderal SDM Kesehatan menggunakan indikator turunan dari Renstra 2020–2024, sebagaimana tercantum dalam Perjanjian Kinerja Ditjen SDM Kesehatan Tahun 2025.

#### Analisis Efisiensi Sumber Daya

Dalam intervensi atas pencapaian target rasio named dan nakes terhadap populasi telah dilaksanakan beberapa kegiatan sebagai berikut:

Pemberian beasiswa dokter kepada daerah terpencil, perbatasan, kepulauan.

Pemberian beasiswa kepada perawat dan bidan oleh Poltekkes Kemenkes kepada Keluarga miskin maupun berprestasi.

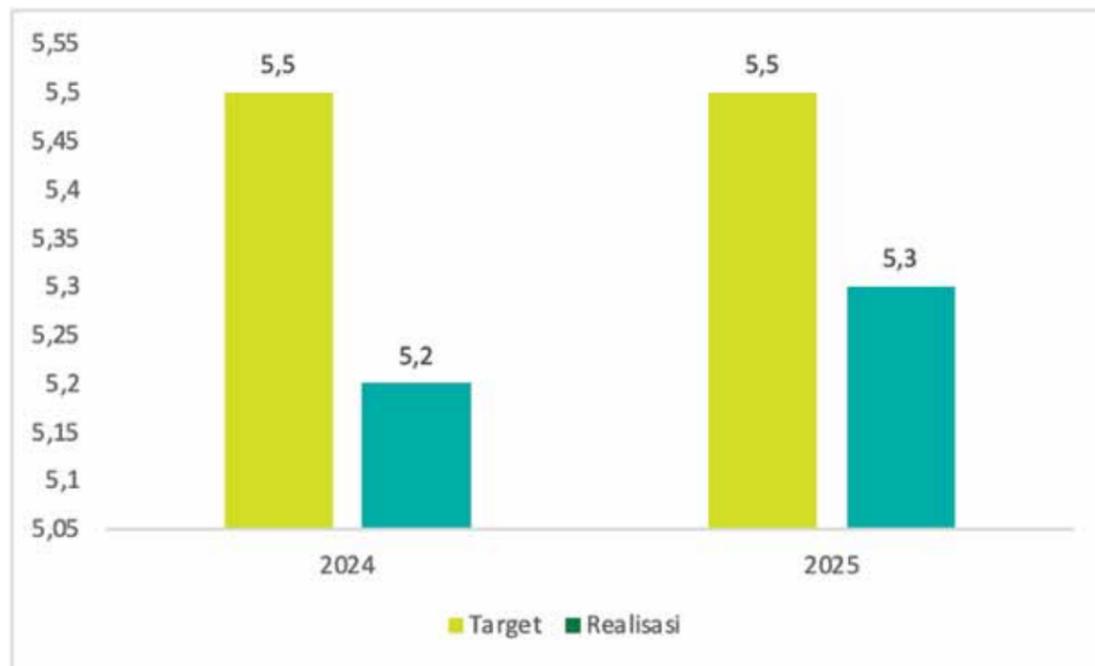
Simplifikasi penerbitan STR dengan biaya nol rupiah.

$$Realisasi = \frac{\text{Jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan yang terdata}}{\text{Total populasi}} \times 1000$$

$$Realisasi = \frac{1.545.763}{284.438.782} \times 1000$$

Grafik 3.75

Capaian Indikator Sasaran Strategis Ditjen SDM Kesehatan berdasarkan rancangan Renstra 2024–2025



Sebagai kendala pencapaian atas target indikator sasaran strategis ini yakni fakultas kedokteran masih terbatas dalam penerimaan kuota mahasiswa dalam rangka mencapai rasio dokter sesuai standar WHO. Analisa atas capaian produksi perawat dan bidan melebihi rasio standar WHO disebabkan program studi keperawatan dan kebidanan terdapat pada poltekkes Kemenkes yang tersebar di seluruh Indonesia.

Grafik di atas menunjukkan bahwa meskipun target rasio 5,5 tenaga kesehatan/1.000

penduduk belum tercapai, terdapat tren perbaikan positif dari 2024 ke 2025. Apabila intervensi strategis konsisten dilakukan, peluang mencapai target pada tahun berikutnya sangat terbuka.

Grafik memperlihatkan perbandingan target dan realisasi rasio tenaga kesehatan (nakes) per 1.000 penduduk untuk dua tahun:

- Tahun 2024 mengacu standar WHO sebesar: 5,5 per 1.000 penduduk; Realisasi: 5,2 per 1.000 penduduk.

- Tahun 2025 mengacu standar WHO sebesar : 5,5 per 1.000 penduduk; Realisasi: 5,3 per 1.000 penduduk.

### Analisis Capaian

#### 1. Capaian Tahun 2024

Gap signifikan antara target dan realisasi: Target: 5,5 Realisasi: 5,2 Selisih: -0,3 (sekitar -5,5%). Artinya, di tahun 2024 pemerintah belum berhasil memenuhi standar rasio yang ditetapkan. Penyebab gap ini kemungkinan:

- a. Belum optimalnya rekrutmen tenaga kesehatan.
- b. Distribusi tidak merata ke daerah tertentu.
- c. Tingkat retensi yang rendah akibat mutasi atau pengunduran diri.

#### 2. Capaian Tahun 2025

Perbaikan capaian dibandingkan 2024, realisasi naik menjadi 5,3. Gap relatif mengecil (selisih hanya -0,2). Hal ini menunjukkan adanya perbaikan program penyediaan tenaga kesehatan seperti penambahan formasi, insentif, atau distribusi lebih baik.

Capaian ini memiliki beberapa implikasi penting:

- a. Akses layanan kesehatan membaik, meskipun belum sesuai target.

- b. Perbaikan tata kelola tenaga kesehatan sudah mulai menunjukkan hasil.
- c. Perlu monitoring lebih ketat di daerah dengan rasio paling rendah agar disparitas tidak makin lebar.

Kualitas layanan tetap harus diperhatikan dengan peningkatan kuantitas nakes harus dibarengi penguatan kompetensi.

#### Rekomendasi:

1. Audit distribusi wilayah: Identifikasi kabupaten/kota dengan rasio di bawah target nasional.
2. Program percepatan rekrutmen: Fokus pada daerah dengan backlog tinggi.
3. Insentif retensi: Beri penghargaan/kompensasi bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil.
4. Peningkatan kapasitas: Lanjutkan pelatihan kompetensi untuk menjaga kualitas pelayanan.

### 3.2.21 Proporsi Jenis Obat (Termasuk Produk Biologi dan Vaksin) yang Dapat diproduksi Dalam Negeri

Definisi operasional indikator ini adalah proporsi jenis obat termasuk produk biologi dan vaksin dengan pemenuhan melalui produk dalam negeri yang ditargetkan dalam jangka waktu tertentu. Terdiri dari 34 jenis obat (untuk program KJSU, ATM, dan obat dengan nilai terbesar), 18 jenis vaksin, dan 18 jenis produk biologi.

Produk dalam negeri untuk obat adalah obat yang diproduksi menggunakan bahan baku produksi dalam negeri. Produk biologi dan vaksin dalam negeri adalah produk yang diproduksi di dalam negeri minimum dari tahap *fill and finish*.

Cara perhitungannya adalah jumlah total jenis obat (termasuk produk biologi dan vaksin) yang diproduksi dalam negeri dibagi jumlah jenis

obat (termasuk produk biologi dan vaksin) sesuai kebutuhan yang ditargetkan dikali 100%. Jumlah total jenis obat yang ditargetkan tersebut terdiri dari 34 jenis bahan baku obat, 18 produk vaksin, serta 18 produk biologi.

#### Analisis Upaya Keberhasilan Pencapaian

##### Target Indikator

Pada tahun 2025, target indikator kinerja proporsi jenis obat (termasuk vaksin dan produk biologi) yang dapat diproduksi dalam negeri berdasarkan Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025–2029 yaitu sebesar 50%. Adapun realisasi indikator kinerja tersebut pada Semester I Tahun 2025 yakni sebesar 45,71% dengan capaian 91,42%. Realisasi indikator di Semester I Tahun 2025 menunjukkan hal yang positif untuk mencapai target di akhir tahun ini serta periode akhir jangka menengah berdasarkan Rancangan Renstra 2025–2029 yaitu sebesar 80%. Indikator ini

Tabel 3.63

Proporsi Jenis Obat yang Dapat diproduksi Dalam Negeri

No	Indikator Sasaran Strategis	Target 2025		
		Target	Realisasi Smt I 2025	Capaian Smt I 2025
1	Proporsi jenis obat (termasuk vaksin dan produk biologi) yang dapat diproduksi dalam negeri	50%	45,71%	91,42%

Grafik 3.76

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Proporsi Jenis Obat (Termasuk Vaksin dan Produk Biologi) yang Dapat diproduksi Dalam Negeri Semester I Tahun 2025



belum dapat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya dikarenakan indikator tersebut merupakan indikator baru, baik dari definisi operasional maupun cara perhitungan. Hingga saat ini, belum ada standar nasional/ internasional yang dijadikan *benchmark* terkait “Proporsi jenis obat (termasuk vaksin dan produk biologi) yang dapat diproduksi dalam negeri”.

**Keberhasilan pencapaian target indikator Proporsi jenis obat (termasuk vaksin dan produk biologi) yang dapat diproduksi dalam negeri antara lain telah dilakukan upaya sebagai berikut:**

- Memfasilitasi pembahasan pengembangan produksi lokal obat bersama dengan *stakeholder* terkait baik dalam negeri (dengan praktisi) maupun internasional (Global Fund).
- Memfasilitasi pertemuan dengan mitra luar negeri potensial yang dilakukan untuk membahas peluang investasi dalam pengembangan dan produksi bahan baku obat melalui *joint venture* antara Industri Farmasi dalam negeri dengan luar negeri.
- Memfasilitasi monitoring dan evaluasi terkait perkembangan ketahanan industri dalam negeri dan dampak bagi

impordenganmendiskusikanantarlain:

a) Analisis harga BBO, b) Jaminan pasokan BBO, c) Jaminan pasar penggunaan BBO dalam negeri agar skala ekonomi tercapai bersama kementerian/lembaga terkait.

- Fasilitasi pertemuan monitoring dan evaluasi progres serta kendala secara intensif dengan industri dan pemangku kepentingan khususnya *regulatory* terkait dalam proses pengembangan *in-house* dan transfer teknologi vaksin dan produk biologi.

Fasilitasi pertemuan industri dalam negeri dengan mitra internasional dalam rangka proses peninjauan kerja sama pendanaan dan transfer teknologi vaksin dan produk biologi untuk dapat dikembangkan di dalam negeri seperti bergabung dengan inisiatif global CEPI, DCVMN.

**Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah:**

- Melakukan pembahasan pengembangan produksi lokal obat bersama dengan stakeholder terkait, baik dalam negeri maupun internasional.
- Memfasilitasi pertemuan dengan mitra luar negeri potensial dilakukan untuk

membahas peluang investasi dalam pengembangan dan produksi bahan baku obat.

- Melakukan monitoring dan evaluasi terkait perkembangan ketahanan industri dalam negeri dan dampak bagi impor dengan kementerian/lembaga terkait.

- Melakukan monitoring dan evaluasi kepada industri vaksin dan produk biologi setiap tiga bulan sekali untuk mengetahui sejauh mana progres pengembangan, kendala sehingga dapat membantu merumuskan rekomendasi terkait hal tersebut untuk dapat meningkatkan pengembangan dan produksi biologi dan vaksin dalam negeri.

- Peninjauan kerja sama internasional seperti kerja sama dengan MPP untuk dapat membantu akses, proses transfer teknologi dan produksi vaksin dan produk biologi yang dibutuhkan di Indonesia agar diproduksi dalam negeri.

- Fasilitasi *capacity building* untuk industri dan peneliti.

**Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:**

- Ketergantungan industri farmasi terhadap bahan baku obat impor yang masih tinggi, sehingga skala ekonomi dalam negeri belum terpenuhi.

- Kendala yang paling sering terjadi dalam pengembangan vaksin melalui transfer teknologi dari negara lain adalah kendala perbedaan waktu antara negara pemberi teknologi dan industri Indonesia sebagai penerima, kendala bahasa dalam *dossier*, kendala pemenuhan regulasi sarana, dan produk untuk menjamin vaksin dan produk biologi berkhasiat, aman dan bermutu.

**Alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi beberapa permasalahan tersebut adalah sebagai berikut:**

- Melakukan langkah strategis dalam pemberian jaminan pasar untuk bahan baku obat produksi dalam negeri dengan kerjasama lintas kementerian/lembaga.
- Fasilitasi komunikasi antara negara pemberi teknologi dan industri penerima transfer teknologi serta komunikasi dengan *stakeholder* terkait.

**Analisis efisiensi sumber daya yang dilakukan antarlain:**

- Melakukan efisiensi kegiatan berdasarkan prioritas. Kegiatan yang dilaksanakan difokuskan pada aktivitas yang memberikan dampak langsung terhadap pencapaian indikator sehingga

penggunaan sumber daya menjadi optimal dan terarah seperti fasilitasi *change source*.

- Pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi dengan industri dilakukan melalui metode daring. Begitu juga dengan proses fasilitasi pertemuan industri dalam negeri dalam peninjauan mitra kerja sama internasional melalui metode daring.

### 3.2.22 Proporsi Jenis Alkes yang Dapat Diproduksi Dalam Negeri

Definisi operasional indikator ini adalah persentase jenis alat kesehatan sesuai kebutuhan yang ditargetkan yang dipenuhi melalui produk dalam negeri dalam jangka waktu tertentu.

Cara perhitungannya adalah jumlah total jenis alat kesehatan yang diproduksi secara dalam negeri dibagi jumlah alat kesehatan yang ditargetkan untuk diproduksi dalam negeri dikali 100 persen. Jumlah total jenis alat kesehatan yang dimaksud terdiri dari 50 alat kesehatan *low-medium technology* dan 30 alat kesehatan *high technology*.

Tabel 3.64

Proporsi Jenis Alkes yang Dapat Diproduksi Dalam Negeri

No	INDIKATOR KINERJA	Target 2025		
		Target	Realisasi Smt 1 2025	Capaian Smt 1 2025
1	Proporsi jenis alkes yang dapat diproduksi dalam negeri	60%	58,75%	97,92%

**Analisis Upaya Keberhasilan Pencapaian**

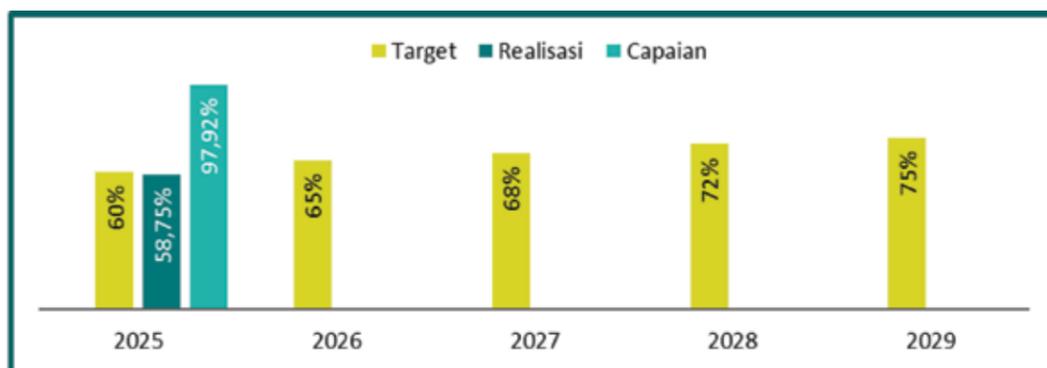
**Target Indikator**

Pada tahun 2025, target indikator kinerja proporsi jenis alkes yang dapat diproduksi dalam negeri berdasarkan Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025–2029 yaitu sebesar 60%. Adapun realisasi indikator kinerja tersebut pada Semester I Tahun 2025 yakni sebesar 58,75% dengan capaian 97,92%. Realisasi indikator di Semester I Tahun 2025 menunjukkan hal yang positif untuk

mencapai target di akhir tahun ini serta periode akhir jangka menengah berdasarkan Rancangan Renstra 2025–2029 yaitu sebesar 75%. Indikator ini belum dapat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya dikarenakan indikator tersebut merupakan indikator baru, baik dari definisi operasional maupun cara perhitungan. Hingga saat ini, belum ada standar nasional/ internasional yang dijadikan *benchmark* terkait “ Proporsi jenis alkes yang dapat diproduksi dalam negeri”.

Grafik 3.77

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Proporsi Jenis Alkes yang Dapat Diproduksi Dalam Negeri Semester I Tahun 2025



**Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah:**

- Percepatan hilirisasi kesiapan bahan baku/komponen alat kesehatan sesuai persyaratan kualitas medis (*medical grade*).
- Peningkatan kapasitas SDM dalam rangka Persetujuan Pelaksanaan Uji Klinik (PPUK) alat kesehatan.
- Kolaborasi dalam rangka penguatan jejaring sentra riset alat kesehatan.
- Pendampingan hilirisasi penelitian alat kesehatan dalam negeri melalui *match making* antara industri dengan peneliti.
- Pendampingan transfer teknologi dalam pengembangan inovasi alat kesehatan dalam negeri.
- Memonitoring dan memantau riset dan uji klinik alat kesehatan dalam negeri.

**Faktor penghambat pencapaian target adalah:**

- Kendala saat ini masih ketergantungan pada produk alat kesehatan impor sehingga ekosistem alat kesehatan belum berjalan dengan baik/lancar khususnya transfer teknologi tinggi.

**Alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi beberapa permasalahan tersebut adalah sebagai berikut:**

- Fasilitasi komunikasi industri alat kesehatan dalam pengembangan produk alat kesehatan, percepatan pembangunan industri, pengembangan sumber daya manusia, rantai pasok, dan kesiapan bahan baku sehingga ekosistem dapat berjalan lancar.

**Analisis efisiensi sumber daya yang dilakukan antara lain:**

- Hal-hal yang mendukung dalam pencapaian efisiensi penggunaan sumber daya terhadap capaian indikator proporsi jenis alkes yang dapat diproduksi dalam negeri yaitu sebagian besar metode pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi dengan industri serta rapat koordinasi dengan *stakeholder* lain dilakukan melalui daring. Pembahasan PPUK alat kesehatan dilaksanakan secara daring, sehingga dapat mengoptimalkan dari sisi anggaran dan waktu.

### 3.2.23 Indeks Alat Kesehatan Memenuhi Standar

Definisi operasional indikator ini adalah ukuran untuk menilai tingkat pemenuhan standar keamanan, mutu dan kemanfaatan alat kesehatan berdasarkan hasil penilaian *pre market* dan pengawasan *post market*.

Cara perhitungannya adalah indeks keamanan alat kesehatan dihitung dari penjumlahan seluruh indeks indikator pembentuk. Indeks indikator pembentuk dihitung dengan mengalikan bobot indikator (%) dengan persen realisasi dan capaian indikator. Adapun indikator pembentuk tersebut antara lain:

- Persentase pemenuhan persyaratan izin edar alat kesehatan (dengan bobot 20%).
- Persentase alat kesehatan yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan (dengan bobot 18%).
- Persentase *Post Marketing Surveillance Report* yang ditindaklanjuti (dengan bobot 18%).
- Persentase sarana produksi alkes yang memenuhi standar (dengan bobot 18%).
- Persentase sarana distribusi alkes yang memenuhi standar (dengan bobot 16%).
- Persentase Rumah Sakit dan Puskesmas yang melakukan kalibrasi alat kesehatan (dengan bobot 7%).

Tabel 3.65

Indikator Indeks Alat Kesehatan Memenuhi Standar

No	INDIKATOR KINERJA	Target 2025		
		Target	Realisasi Smt 1 2025	Capaian Smt 1 2025
1	Indeks alat kesehatan memenuhi standar	89	54,31	61,02%

#### Analisis Upaya Keberhasilan Pencapaian Target Indikator

Pada tahun 2025, target indikator kinerja Indeks alat kesehatan memenuhi standar berdasarkan Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025–2029 yaitu sebesar 89. Adapun realisasi indikator kinerja tersebut pada Semester I Tahun 2025 yakni sebesar 54,31% dengan capaian 61,02%. Realisasi indikator di Semester I Tahun 2025 menunjukkan hal yang positif untuk mencapai target di akhir tahun ini serta periode akhir jangka

menengah berdasarkan Rancangan Renstra 2025–2029 yaitu sebesar 94%. Indikator ini belum dapat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya dikarenakan indikator tersebut merupakan indikator baru, baik dari definisi operasional maupun cara perhitungan. Hingga saat ini, belum ada standar nasional/ internasional yang dijadikan *benchmark* terkait “Indeks alat kesehatan memenuhi standar”.

Grafik 3.78

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Indeks Alat Kesehatan Memenuhi Standar Semester I Tahun 2025



Sumber data: Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

**Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah:**

- Penguatan teknis pemrograman dan database bagi pranata komputer dalam rangka peningkatan sistem Perizinan Alkes dan PKRT.
- Pelaksanaan kegiatan sampling dan pengujian, serta evaluasi penandaan alat kesehatan.
- Pengawasan iklan alat kesehatan pada marketplace.
- Tindak lanjut terhadap laporan vigilans alat kesehatan berupa *Field Safety Notice (FSN) Field Safety Corrective Action (FSCA)*, Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), *Recall*, dan Pemusnahan.
- Sosialisasi standar pengujian dan kalibrasi alat kesehatan terhadap jejaring laboratorium pengujian alat kesehatan.

**Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:**

- Masih minimnya penganggaran kalibrasi alat kesehatan yang rutin di puskesmas.
- Dibutuhkan penyampaian laporan PSUR (*Periodic Safety Update Report*) dari produsen alat kesehatan kepada Direktorat Pengawasan Alat Kesehatan secara periodik guna

memantau keamanan dan kinerja alat kesehatan setelah dipasarkan, serta untuk memastikan bahwa manfaat alat kesehatan tetap melebihi risikonya dalam penggunaan nyata. Namun saat ini belum terdapat pedoman yang digunakan sebagai acuan industri terkait pelaporan tersebut.

- Pemahaman pelaku usaha terhadap pelaporan vigilans masih kurang sehingga masih belum banyak pelaporan yang diterima.

- Keterbatasan SDM dalam melakukan pengawasan dan evaluasi iklan marketplace, sedangkan jumlah tautan iklan yang tersedia saat ini sangat masif, sehingga pengumpulan data pengawasan iklan alat kesehatan dari marketplace belum optimal.

- Terdapat kendala akses aplikasi e-watch dan ASPAK sehingga pelaporan vigilans dan kalibrasi alat kesehatan tidak dapat diterima melalui sistem.

- Adanya kebijakan efisiensi anggaran menyebabkan keterbatasan dalam beberapa pelaksanaan kegiatan seperti peningkatan kemampuan SDM, inspeksi sarana produksi dan distribusi alat kesehatan, serta sampling dan pengujian produk alat kesehatan.

**Alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi beberapa permasalahan tersebut adalah sebagai berikut:**

- Mengusulkan penambahan lokus kegiatan kalibrasi alat kesehatan di puskesmas pada alokasi DAK.
- Menyusun petunjuk teknis terkait Pelaporan PSUR sebagai acuan yang dapat digunakan oleh produsen alat kesehatan dan mensosialisasikannya.
- Menyusun Juknis Pelaporan PSUR dan melaksanakan sosialisasi.
- Melakukan sosialisasi laporan vigilans kepada pelaku usaha atau pemilik izin edar.
- Optimalisasi penggunaan aplikasi e-report melalui kegiatan sosialisasi sebagai upaya pembinaan terhadap pelaku usaha dalam pengawasan alat kesehatan yang ada di peredaran.
- Melakukan sosialisasi kepada marketplace untuk pengawasan iklan alat kesehatan.
- Melakukan koordinasi dengan pihak pengembang dan Pusdatin terkait permasalahan sistem e-watch dan ASPAK.
- Melakukan kolaborasi kegiatan peningkatan SDM Pelaku usaha antar tim kerja.

- Menyusun KMK Sampling dan Pengujian untuk Alat Kesehatan dalam penyelenggaraan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis.

- Melakukan sosialisasi bagi pelaku usaha/pemilik izin edar alat kesehatan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis terkait pelaksanaan sampling dan pengujian secara mandiri.

**Analisis efisiensi sumber daya yang dilakukan antara lain:**

Adanya kebijakan efisiensi belanja sebagaimana diatur dalam Instruksi Presiden Nomor 1 tahun 2025 tentang Efisiensi Belanja dalam Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2025 menjadi tantangan tersendiri bagi Kementerian Kesehatan untuk tetap melaksanakan berbagai program kesehatan sebagai tanggung jawab terhadap masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan penguatan kolaborasi dan dukungan dari berbagai stakeholder dalam program dan kegiatan guna tercapainya indikator indeks alat kesehatan memenuhi standar.

### 3.2.24 Nilai Kapasitas International Health Regulations (IHR) dalam Joint External Evaluation (JEE)

Definisi Operasional Indikator Nilai Kapasitas IHR dalam JEE yakni peningkatan jumlah indikator dalam kerangka kerja Joint External Evaluations (JEE) dengan nilai International Health Regulations (IHR) yang baik (skor 4 dan 5). Indikator dihitung dari jumlah total indikator JEE dengan skor 4 atau lebih dibagi jumlah total indikator di bawah kerangka kerja JEE dikali 100%

Capaian indikator Nilai Kapasitas IHR dalam JEE pada Semester I adalah sebesar 59% dan bila dibandingkan dengan target 61% pada akhir tahun 2025 maka indikator belum mencapai target dengan persentase kinerja sebesar 96.7%.

**Dalam pencapaian indikator Nilai Kapasitas IHR dan JEE terdapat beberapa kendala dan faktor penghambat pencapaian target antara lain:**

- Kapasitas deteksi dini di pintu masuk yang belum optimal.
- Belum ada sistem informasi surveilans yang terintegrasi (data epidemiologi,

data laboratorium sampai ke genomik dan notifikasi kasus).

- Penguatan tingkat kapasitas nasional dalam implementasi IHR memerlukan kolaborasi antar berbagai sektor. Koordinasi antar sektor ini menjadi tantangan tersendiri.

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

- Melakukan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan yang terkait dengan implementasi IHR.
- Melakukan update pemetaan kapasitas laboratorium pada fasyankes kabupaten/kota dan provinsi yang berkemampuan surveilans epidemiologi (deteksi penyakit, vektor dan faktor risiko kesehatan) dan melakukan validasi secara rutin melalui monev program dan aplikasi ASPAK untuk kapasitas alat laboratorium.
- Meningkatkan koordinasi antara lintas program dan lintas sektor terkait baik di pusat maupun di daerah dan dengan mitra kerja pembangunan untuk mendukung pelaksanaan pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi emerging dan surveilans berbasis laboratorium.

### 3.2.25 Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan

Kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan merupakan indikator komposit yang menggambarkan status kualitas kesehatan lingkungan pada skala kabupaten kota. Komposit dari dua indikator RPJMN tahun 2020–2024 yaitu desa/kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan dan sarana air minum dengan kualitas air minum sesuai standar. Kemudian ditambah dua indikator Renstra Kemenkes sebelum revisi yaitu Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) memenuhi standar dan Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar. Serta ditambah satu indikator baru yaitu RS melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan yang merupakan pengembangan dari indikator RPJMN yaitu Fasyankes yang melaksanakan pengelolaan limbah medis sesuai standar.

Definisi operasional indikator Kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan yakni kabupaten/kota dengan kualitas air minum, kualitas pangan, kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat serta merupakan kabupaten/kota sehat.

Indikator ini dihitung dari Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat di 70% sarana air minum dan 30% rumah tangga, jumlah KLB keracunan pangan di bawah 5, kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat di 70% tempat fasilitas umum dan 30% pemukiman serta 70% capaian nilai tatanan KKS.

Capaian indikator kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan pada Semester I Tahun 2025 masih 0, karena belum ada komposit yang memenuhi syarat. Bila dibandingkan dengan tahun 2020–2024, terdapat perbedaan cara perhitungan dengan tahun 2025. Pada tahun 2024, indikator kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan dihitung dari Kabupaten/kota yang memenuhi 3 dari 5 kualitas kesehatan lingkungan yaitu kabupaten/kota yang 50% Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) memenuhi standar, 65% Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar, 68% sarana air minum dengan kualitas air minum sesuai standar, 60% desa/kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan dan 40% RS melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan.

Adapun capaian indikator kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan tahun 2022–Semester I Tahun 2025 sebagai berikut:

Grafik 3.79

Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2022–Semester I 2025



Capaian indikator kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan menunjukkan peningkatan selama tahun 2022–2024, meskipun secara persentase kinerja menunjukkan penurunan. Penurunan pada tahun 2025 menjadi 0% karena ada perbedaan cara perhitungan indikator. Hasil analisis berdasarkan analisis SWOT indikator ini sebagai berikut:

Tabel 3.66

Analisis SWOT untuk Indikator Kabupaten/Kota yang Memenuhi Syarat Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2025

Faktor	Membantu	Menghambat
Dari Dalam	<i>Strengths</i> (Kekuatan) Kriteria atau indikator kabupaten/kota kualitas kesehatan lingkungan merupakan program-program yang sudah berjalan	<i>Weaknesses</i> (Kelemahan) 1. Indikator-indikator kabupaten/kota kualitas kesehatan lingkungan memiliki pelaporan capaian yang terpisah 2. Terdapat indikator baru pada komposit perhitungan indikator Kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan yaitu kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat 3. Capaian indikator komposit yaitu Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat di 70% sarana air minum dan 30% rumah tangga belum dapat dihitung menunggu data Surveilans Kamrt pada tahun 2024 yang diperkirakan akan selesai dibulan Agustus

Faktor	Membantu	Menghambat
Dari Luar	<i>Opportunities</i> (Peluang) Sebagian besar capaian indikator komposit pada tahun sebelumnya mencapai target	<i>Threats</i> (Ancaman) Penyebaran capaian indikator pembentuk indikator komposit belum merata Pemahaman daerah terkait indikator masih belum merata

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

#### 1. Kabupaten/Kota dengan Kualitas Air Minum.

Sehubungan dengan amanat dan target yang dimandatkan kepada pemerintah Indonesia untuk *Sustainable Development Goals* (SDGs) poin 6.1 yaitu universal akses air minum untuk seluruh masyarakat dengan target pada RPJMN 2025–2029 adalah 45% mencapai air minum aman, diperlukan upaya dan strategi dalam mencapai hal tersebut. Strategi multiaspek dalam pencapaian air minum aman perlu diimplementasikan dan dilakukan terkait dengan penyiapan, finalisasi NSPK, penguatan kelembagaan, dan kolaborasi; dukungan penganggaran dan pendanaan; pengawasan kualitas air minum; pengembangan infrastruktur, teknologi dan penguatan kapasitas; serta perubahan perilaku dalam penyediaan air minum.

Adapun upaya-upaya yang telah dilakukan untuk mencapai indikator Kabupaten/Kota dengan Kualitas Air Minum adalah sebagai berikut:

#### a. Sosialisasi Indikator dan Penguatan Program Pengawasan Kualitas Air Minum

Sosialisasi indikator, penguatan program sekaligus desk strategi implementasi Pengawasan Kualitas Air Minum dilakukan sebanyak 2 kali yaitu pada tanggal 7 Maret 2025 dan 10 April 2025 dengan mengundang 38 perwakilan dari Dinas Kesehatan Provinsi, perwakilan Kementerian/Lembaga dan mitra pembangunan air minum dan sanitasi.

#### b. Pelaksanaan Webinar Hari Air Sedunia Tahun 2025

Dalam rangka memperingati Hari Air Sedunia (HAD) 2025 dengan tema global “*Glacier Preservation*” yang diperingati setiap tanggal 22 Maret dan dilaksanakan pada 20 Maret 2025, maka diperingati dengan Webinar Nasional

Hari Air Sedunia 2025 dengan tema Indonesia yaitu “Upaya Bersama dalam Menjaga Kualitas Air Minum”.

**c. Pembuatan Video Air Minum Aman**

Pembuatan video air minum aman bersama Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia sebagai media komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat melalui instagram @kemenkes\_ri.

**d. Desk Monitoring dan Evaluasi Capaian**

**PKAM Triwulan I tahun 2025**

Desk capaian untuk monitoring dan evaluasi indikator kabupaten/kota dengan kualitas air minum yang memenuhi syarat triwulan I tahun 2025 dilaksanakan pada 9 April 2025 dengan mengundang 38 provinsi dan 514 kabupaten/kota.

**e. Desk dan Diskusi Pengawasan Internal Kualitas Air Minum dengan BUMD Air Minum serta Penyampaian Hasil Desk**

Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pekerjaan Umum melakukan kolaborasi untuk melakukan koordinasi lintas sektor dalam rangka pengawasan kualitas air minum BUMD Air Minum tahun 2025 yang dilaksanakan pada tanggal 19–23 Mei 2025. Adapun hasil dari pelaksanaan desk ini juga disampaikan

ke seluruh Dinas Kesehatan dan ditembuskan ke Kementerian Pekerjaan Umum.

**f. Penyusunan Pedoman Pelaksanaan Surveilans Kualitas Air Minum Rumah Tangga**

Penyusunan pedoman pelaksanaan surveilans kualitas air minum rumah tangga (Surveilans KAMRT) untuk finalisasi dan sosialisasi kepada daerah. Hal ini sebagai bahan acuan pelaksanaan Surveilans KAMRT di tahun 2025.

**2. Kabupaten/Kota dengan Kualitas Pangan.**

Dalam memenuhi kualitas pangan yang aman dan sehat, Kementerian Kesehatan diamanahi terkait Pangan Olahan Siap Saji dan Direktorat Kesehatan Lingkungan mengacu kepada peraturan-peraturan terkait Keamanan Pangan salah satunya adalah Permenkes nomor 14 tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Sektor Kesehatan, Tempat Pengelolaan Pangan yang menjadi fokus pencapaian indikator adalah jasa boga, restoran, TPP tertentu, Depot Air Minum (DAM), rumah makan, gerai pangan jajanan, gerai pangan jajanan keliling, dapur gerai pangan jajanan, dan sentra pangan jajanan/kantin. Pengawasan dilakukan dengan berbasis risiko.

Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang ada dilakukan pembinaan dan pengawasan agar pangan yang dihasilkan memenuhi syarat Higiene Sanitasi Pangan (HSP) dan terhindar dari Kejadian Luar Biasa (KLB) Keracunan Pangan dan ada upaya pengendalian keracunan pangan terhadap pangan yang dihasilkan oleh TPP. Ditambah pembinaan dan pengawasan dilakukan juga untuk Sarana Pelayanan Pemenuhan Gizi (SPPG) yang memproduksi pangan olahan siap saji untuk pemenuhan penerima manfaat pada program MBG. Upaya-upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator indikator dan dalam upaya percepatan pencapaian target indikator TPP antaralain:

**a. Menyusun NSPK dan mensosialisasikannya**

- Menyusun Pedoman Penyelenggaraan dan Pengawasan Keamanan Pangan Program Makan Bergizi Gratis.
- Bekerjasama dengan UNICEF dan BGN menyusun Rekomendasi Sistem Penjaminan Keamanan Pangan dan Pengelolaan Limbah Program Makan Bergizi Gratis.
- Menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) Keamanan Pangan dalam mendukung Program Makan Bergizi Gratis (MBG).

- Surat Edaran Dukungan Pelaksanaan, Pembinaan dan Pengawasan Keamanan Pangan Olahan Siap Saji pada Program Makan Bergizi Gratis dan disebarakan kepada Dinas Kesehatan di daerah.

- NSPK sudah disosialisasikan melalui e-Library <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/elibPenyehatanPangan>

**b. Membuat media Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dalam upaya mensosialisasikan pangan aman dan upaya edukasi untuk masyarakat memilih pangan yang aman**

**c. Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM)**

- Peningkatan Kapasitas Tenaga Sanitasi Lingkungan (TSL) melalui Workshop Keamanan Pangan Siap Saji Berbasis Risiko bagi Tenaga Kesehatan Lingkungan.
- Peningkatan Kapasitas Penjamah Pangan melalui Kursus Keamanan Pangan Siap Saji bagi Penjamah Pangan dan Tenaga Kesehatan. Sudah dilakukan pembelajaran sampai angkatan 3 (masih berlangsung sd 31 Juli 2025) melalui Plataran Sehat Kemenkes.

**d. Koordinasi dengan Lintas Sektor dan Lintas Program**

- Koordinasi dilakukan dengan Badan Gizi Nasional dalam upaya pengawasan dan pembinaan keamanan pangan dalam mendukung program MBG.
- Koordinasi dengan Badan Pangan Nasional (Bappanas) terkait Keamanan Pangan Segar
- Mendukung terwujudnya Zona Kuliner, Halal, Aman, Sehat (Zona KHAS) yang diinisiasi oleh Komite Nasional Ekonomi dan Keuangan Syariah (KNEKS) di bawah Badan Penyelenggara Jaminan Produk Halal (BPJPH).
- Koordinasi dengan dengan lintas program di Kemenkes seperti Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan memperkuat data Keracunan Pangan.
- Koordinasi dengan Kemendikdasmen terkait pembuatan kurikulum modul Pelatihan bagi Tenaga Pendidik.

**e. Sosialisasi dan Edukasi Keamanan Pangan**

- Sosialisasi tentang Keamanan Pangan dilakukan melalui webinar dalam rangka Hari Keamanan Pangan Sedunia (HKPS) 2025 dengan mengundang BGN, Bappanas dan Akademisi dengan tema Peran Penting Sains dalam Keamanan Pangan

Sosialisasi SOP Keamanan Pangan pada Program MBG kepada Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

**f. Monitoring dan Evaluasi**

- Dalam upaya memperkuat hasil pengawasan dan pembinaan dilakukan pencatatan dan pelaporan hasil pengawasan TPP. Upaya yang dilakukan diantaranya:
  - Upaya memantau hasil TPP memenuhi syarat dilakukan monitoring dengan melakukan validasi data capaian indikator per triwulan.
  - Upaya pencegahan KLB Keracunan Pangan dilakukan validasi data KLB Keracunan Pangan per 3 bulan dan upaya yang dilakukan daerah penanggulangan KLB Keracunan Pangan.
  - Melakukan pendampingan kepada Dinas Kesehatan yang wilayahnya mengalami KLB Keracunan Pangan.

**3. Kabupaten/Kota Dengan Kualitas Udara Dalam Ruang Yang Memenuhi Syarat.**

Sebagai bagian dari komitmen Indonesia dalam mendukung pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs) khususnya yang terkait dengan polusi udara, yaitu target 3.9.1 (mengurangi kematian akibat polusi udara), target 7.1.2 (akses terhadap energi bersih dan

efisien), dan target 11.6.2 (tingkat paparan penduduk terhadap polusi udara), maka pemerintah terus mendorong berbagai upaya strategis untuk meningkatkan kualitas udara, tidak hanya udara ambien, tetapi juga udara dalam ruang.

Penanganan masalah pencemaran udara dan dampak kesehatan yang ditimbulkannya memerlukan kerjasama lintas sektoral dan multidisiplin, hal ini dikuatkan di dalam Peraturan Pemerintah (PP) tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Undang-Undang tentang Kesehatan mengamanatkan Kementerian Kesehatan sebagai sektor utama dalam upaya pengelolaan dampak kesehatan akibat udara dan pengelolaan kualitas udara dalam ruang.

Strategi yang dilakukan dalam rangka mencapai indikator kabupaten/kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat mencakup berbagai aspek mulai dari penyusunan NSPK, Koordinasi Lintas Sektor dan Lintas Program, Sosialisasi, Pendampingan hingga Monitoring dan Evaluasi.

**a. Penyusunan NSPK terkait kualitas udara dalam ruang**

- Pedoman Surveilans Kualitas Udara Dalam Ruang (SKUDR) dan Dampak Kesehatan.

- Pedoman Pemberdayaan Masyarakat Untuk Meningkatkan Kualitas Udara Dalam Ruang Guna Mempromosikan Rumah Sehat.

- Peta Jalan Kesehatan Udara Nasional 2025-2030.

- Surat Edaran Kesiapsiagaan Bidang Kesehatan Menghadapi Potensi Peningkatan Polusi Udara serta Kebakaran Hutan dan Lahan (Karhutla) di Musim Kemarau

**b. Sosialisasi Pedoman Surveilans Kualitas Udara Dalam Ruang (SKUDR) dan Dampak Kesehatan.**

Kegiatan ini dilakukan dalam 3 regional (regional 1, 2 dan 3) pada tanggal 10, 11, dan 14 April 2025 dengan tujuan memastikan pemahaman dan implementasi SKUDR yang seragam di lapangan dengan sasaran penanggung jawab kesehatan lingkungan di Provinsi/Kabupaten/Kota/Puskesmas.

**c. Fasilitasi Persiapan Pelaksanaan SKUDR**

Menindaklanjuti kegiatan Sosialisasi Pedoman Surveilans Kualitas Udara Dalam Ruang (SKUDR) dan Dampak Kesehatan, maka dilaksanakan persiapan dan pendalaman teknis kepada kabupaten/kota yang terpilih sebagai target sasaran SKUDR. Kegiatan persiapan dan pendalaman teknis dilakukan kepada 125 Kabupaten/Kota terpilih (50% dari

target 250 kabupaten/kota) dalam 2 regional (regional 1 dan 2) pada tanggal 2 dan 5 Mei 2025. Kegiatan ini meliputi pendalaman teknis dalam penyiapan sumber daya (instrumen dan peralatan pengukuran), penyiapan stratifikasi dan penentuan sampel, teknis pelaksanaan pengukuran dan input data ke e-monev SKUDR.

**d. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan SKUDR**

Melakukan monitoring capaian SKUDR melalui alat bantu “tools” berbasis digital yang telah dikembangkan yaitu E-Satu SKUDR.

**e. Koordinasi Lintas Sektor dan Program**

Melibatkan berbagai lintas program di Kementerian Kesehatan, Lintas sektor Kementerian/Lembaga, serta para pakar dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan program kualitas udara dalam ruang antara lain koordinasi dengan Badan Meteorologi, Klimatologi dan Geofisika (BMKG) dan unit kerja di Kemenkes (Biro Hukum, Pusat Krisis, dan unit lain yang terkait) dalam rangka penyusunan Perjanjian Kerja Sama antara Kemenkes dan BMKG.

Upaya-upaya tersebut diharapkan dapat memperkuat sistem pengawasan kualitas udara dalam ruang secara nasional, sehingga setiap kabupaten/kota mampu mencapai kondisi udara dalam ruang yang aman, sehat, dan memenuhi syarat, sebagai bagian dari

perlindungan kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

Dalam pelaksanaan kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan daerah yang belum tercapai masih terkendala dalam sumber daya yang ada, di antaranya tenaga sanitarian/pengelola program kesling, peralatan/bahan, reagen dan dukungan penganggaran. Namun potensi terjadinya kegagalan dalam pencapaian kabupaten/kota memenuhi kualitas lingkungan di tahun yang akan datang dapat diantisipasi dengan memperhatikan ketersediaan anggaran terutama reagensia bagi yang telah memiliki alat uji kualitas lingkungan pada *sanitarian kit* dan ketersediaan anggaran pemeriksaan kualitas lingkungan di laboratorium kesehatan daerah yang ada provinsi/kabupaten/kota.

Dalam sistem penganggaran Kementerian Kesehatan sudah mengalokasikan melalui anggaran DAK Fisik dan Non Fisik untuk pengadaan reagen dan *sanitarian kit*, peningkatan kapasitas di tingkat provinsi/kabupaten/kota sampai Puskesmas (pelatihan Tenaga Sanitasi Lingkungan & pelatihan Pengelolaan Limbah Fasyankes), surveilans kualitas lingkungan (Surveilans KAMRT, TFU dan TPP). Diharapkan ke depannya daerah dapat mengalokasikan kegiatan sesuai dengan kebutuhan masing-masing untuk peningkatan pelayanan kesehatan lingkungan di daerah.

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

- Peningkatan pengawasan kualitas kesling.
- Pemetaan wilayah berbasis risiko/kerentanan menjadi dasar untuk intervensi.
- Peningkatan jejaring kemitraan.
- Meningkatkan advokasi dan sosialisasi kepada pemegang kebijakan
- Peningkatan kualitas Kesehatan lingkungan melalui intervensi peningkatan akses/perbaikan kualitas untuk pencegahan penyakit.
- Peningkatan kapasitas dan jejaring laboratorium.
- Penerapan teknologi tepat guna (TTG) untuk meningkatkan kualitas lingkungan.
- Berkoordinasi dengan stakeholder terkait.
- Pelayanan kesehatan lingkungan didukung dengan sistem informasi/digitalisasi di setiap layanan.
- Pemberian reward kepada daerah yang berprestasi dalam rangka percepatan pembangunan Sanitasi.

- Peningkatan kapasitas petugas sanitarian di level Provinsi/Kab/Kota/Puskesmas melalui pembiayaan APBN, DAK Non Fisik dan Hibah.

Namun, secara spesifik pemecahan masalah dapat dilakukan dengan:

**1. Kabupaten/Kota Dengan Kualitas Air Minum**

- Membuat sosialisasi terkait persiapan kegiatan pengawasan kualitas air minum kepada Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan TSL di Puskesmas;
- Koordinasi kepada Dinas Kesehatan dalam percepatan pelaksanaan pengawasan kualitas air minum pada sarana air minum;
- Melakukan koordinasi pelaksanaan pengawasan kualitas air minum dengan BUMD air minum bersama-sama Kementerian PU, BPPW dan Dinas Kesehatan.

**2. Kabupaten/Kota dengan Kualitas Pangan (Pemecahan Masalah)**

- Dalam upaya meningkatkan pangan aman sehat dan TPP memenuhi syarat dilakukan beberapa upaya diantaranya:

- Menambah kegiatan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penjamah masyarakat dan masyarakat melalui *workshop*, kursus keamanan pangan dan edukasi/penyuluhan keamanan pangan.
- Memperkuat peraturan pengawasan Keamanan Pangan Olahan Siap Saji.
- Peningkatan Koordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait Keamanan Pangan seperti Kementerian Pertanian, Kementerian Perindustrian, Kementerian Kelautan dan Perikanan
- Membuat media-media KIE dan diinformasikan melalui platform web Kemenkes, Ayo Sehat dll.
- Memperkuat aplikasi data pencatatan pelaporan terkait keamanan pangan dan pengawasan TPP Memenuhi Syarat

### 3) Kabupaten/Kota Dengan Kualitas Udara Dalam Ruang Yang Memenuhi Syarat

Sosialisasi Pedoman Surveilans Kualitas Udara Dalam Ruang (SKUDR) dan Dampak Kesehatan di permukiman bagi seluruh petugas kesehatan lingkungan baik di Puskesmas, Dinkes Kabupaten/Kota dan Dinkes Provinsi.

### 4) Kabupaten/Kota Sehat

Capaian indikator penyelenggaraan KKS TW I masih dalam jalur yang benar dan belum ditemukan kendala yang signifikan akan menghambat proses penilaiannya.

Sebagian besar indikator KKS dinilai dengan cara membandingkan capaian masing-masing indikator pada tahun 2023 dan 2024 sehingga pada periode TW I ini sebagian besar kabupaten/kota masih dalam proses mengumpulkan data akhir capaian tahun 2024 beserta dengan data dukungannya dan sebagiannya lagi masih dalam proses verifikasi di tingkat provinsi.

## 3.2.26 Persentase Provinsi dan Kabupaten/Kota yang Menyelaraskan Perencanaan Pembangunan dan Mencapai Target Tahunan Pembangunan

### Definisi Operasional

Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang:

1. Menerapkan minimal 75% indikator PP RPJMN pilihan (15 Indikator PP terpilih) sebagai indikator Pembangunan Daerah dalam RPJMD dan/atau Renstra Dinas Kesehatan tahun 2025–2029.
2. Dapat mencapai target tahunan indikator yang tercantum pada poin a dalam dokumen perencanaan tahunan (RKPD/Renja bidang Kesehatan) T-1.

### Cara Perhitungan

Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang

1. Menerapkan minimal 75% indikator PP RPJMN pilihan (15 Indikator PP terpilih) sebagai indikator Pembangunan Daerah dalam RPJMD dan/atau Renstra Dinas Kesehatan tahun 2025–2029 serta;
2. Dapat mencapai target tahunan indikator yang tercantum pada poin a. Dengan unit populasi: 546 (provinsi dan kabupaten/kota).

### Capaian Indikator Kinerja

Hingga semester I 2025 data capaian belum tersedia untuk persentase provinsi dan kabupaten/kota yang menyelaraskan perencanaan pembangunan dan mencapai target tahunan Pembangunan dari target sebesar 20% hal tersebut dikarenakan belum dilaksanakannya penilaian keselarasan dokumen RPJMD dan/atau Renstra Dinas Kesehatan.

### Kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

- Pelatihan perencana pembangunan kesehatan daerah Kabupaten/Kota Angkatan 1 - 9 bekerjasama dengan BBPK Makassar.

- Pendampingan tata kelola program kesehatan (penyusunan Renstra dan renja PD) di 50 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Sinkronisasi perencanaan pusat dan daerah pada Rakortekrenbangnas Tahun 2025.

### Faktor-faktor penghambat dalam pencapaian target:

- Hingga semester I dokumen RPJMD dan/ Renstra Dinas Kesehatan belum selesai disusun sehingga penilaian terhadap dokumen RPJMD dan Renstra Dinas Kesehatan belum dapat dilakukan.
- Estimasi waktu penilaian keselarasan dokumen RPJMD dan Renstra Dinas Kesehatan baru dapat dilakukan pada triwulan IV dan penilaian capaian target pembangunan kesehatan pada T+1.

### 3.2.27 Pengeluaran Kesehatan Total Per Kapita

**Definisi Operasional**

Pengeluaran yang digunakan untuk kesehatan dari seluruh sumber pendanaan dibandingkan dengan jumlah populasi pada periode waktu tertentu.

**Cara Perhitungan**

Jumlah pengeluaran untuk kesehatan total dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang ditentukan

**Analisis Pencapaian**

Sampai dengan Semester I Tahun 2025, total belanja kesehatan belum bisa diperoleh terkendala karena adanya kementerian/ lembaga yang belum bisa memberikan data. Sebagai catatan, apabila data bisa diberikan pun, angka yang dihasilkan masih berupa data sementara dan adanya potensi terjadi perubahan di akhir semester kedua karena data yang diperoleh Semester I 2025 ini masih berupa data *unaudited*.

**Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

- *Follow up* pengumpulan data ke kementerian/ lembaga terkait. Estimasi total belanja kesehatan diperoleh pada pertengahan Juli.
- Mengirimkan surat permintaan data belanja kesehatan untuk versi *audited* untuk mengoreksi total belanja kesehatan pada semester kedua nanti.

**Faktor Penghambat Pencapaian Target**

- Masih ada kementerian/ lembaga yang belum memberikan data sehingga total belanja kesehatan belum bisa dihitung. Setelah data terkumpul lengkap, total belanja kesehatan per kapita baru dapat dihitung.

**Faktor yang mendukung pencapaian target:**

- Berkoordinasi dengan kementerian/ lembaga yang belum memberikan data.
- Melakukan estimasi/proyeksi belanja kesehatan terhadap data yang belum tersedia.

### 3.2.28 Skala Investasi Sektor Kesehatan

Definisi operasional indikator ini adalah total peningkatan per tahun skala investasi di sektor Kesehatan dari entitas domestik swasta (Penanaman Modal Dalam Negeri/PMDN) dan internasional (Penanaman Modal Asing/PMA).

Cara perhitungan adalah total peningkatan per tahun skala investasi di sektor Kesehatan dari entitas domestik swasta (Penanaman Modal Dalam Negeri/PMDN) dan internasional (Penanaman Modal Asing/PMA)

Nomenklatur DO dan cara perhitungan sama tetapi untuk detail cara perhitungan dengan menjumlahkan seluruh realisasi investasi PMDN dan PMA baru serta perluasan investasi di sektor kesehatan pada tahun berjalan, dikurangi dengan total realisasi investasi PMDN sehingga didapatkan nilai peningkatan maupun penurunan investasi.

Tabel 3.67

Capaian Indikator Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita

No	Indikator Kinerja Program	Semester I Tahun 2025		
		Target	Capaian	% Capaian
1	Pengeluaran Kesehatan Total Per Kapita	2,2%	N/A	N/A

Tabel 3.68

Persentase Skala Investasi Sektor kesehatan

Tujuan	Indikator Sasaran Strategis	Target	Capaian	% Progress Capaian
Tata Kelola Dan Pendanaan Kesehatan yang efektif	Pengeluaran Kesehatan Total Per Kapita	0,7 miliar dolar AS	0	20

### Analisis Pencapaian

Data yang diperlukan untuk mencapai output ini diperoleh dari Badan Koordinasi Penanaman Modal (BKPM) dengan cara meminta data sekunder dari Kementerian Investasi dan Hilirisasi/BKPM, dan sumber lain yang relevan untuk dianalisis.

Target ISS Skala Investasi di Sektor Kesehatan belum tercapai hingga Semester I Tahun 2025, dengan kemajuan kegiatan sebesar 20%. Skala investasi di sektor kesehatan merupakan indikator penting dalam mengukur kemampuan sistem untuk mencapai ketahanan kesehatan nasional. Berdasarkan Rancangan Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029, investasi di sektor kesehatan mencakup investasi pada farmasi, alat kesehatan (alkes), dan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes).

Hingga tahun 2025, investasi di sektor kesehatan menunjukkan peningkatan moderat, terutama pada pembangunan dan revitalisasi

rumah sakit, serta penguatan produksi alat kesehatan dan bahan baku obat dalam negeri. Namun, proporsi investasi swasta dan BUMN masih relatif kecil dibandingkan kebutuhan. Selain itu, investasi belum merata antar wilayah.

### Kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Beberapa kegiatan utama yang telah dilaksanakan untuk mendukung pencapaian target indikator ini meliputi:

- Penyusunan kajian tren dan peluang investasi di sektor farmasi, alkes, dan fasyankes oleh Pusjak SSDK;
- Sosialisasi insentif investasi kesehatan kepada investor dan BUMN;
- Koordinasi lintas sektor (dengan BKPM, Kemenperin, Kemenkeu) dalam rangka menyelaraskan kebijakan investasi dan pengadaan alat kesehatan;

- Penyusunan regulasi pendukung untuk mendorong penanaman modal dalam negeri (PMDN) dan luar negeri (PMA) di sektor strategis kesehatan.

### Faktor Penghambat Pencapaian Target

Beberapa kendala yang menghambat peningkatan skala investasi kesehatan di antaranya:

- Tingkat kepastian regulasi dan iklim investasi yang masih belum optimal bagi investor strategis;
- Keterbatasan data dan informasi pasar bagi calon investor untuk mengambil keputusan;
- Ketergantungan pada impor alat kesehatan dan bahan baku obat, yang menurunkan daya saing industri dalam negeri;
- Lemahnya sinergi pusat-daerah dalam percepatan perizinan dan tata ruang investasi fasyankes.

### Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Sebagai tindak lanjut, beberapa solusi dan langkah strategis yang diambil antara lain:

- Penyusunan peta jalan investasi sektor kesehatan berbasis data tren dan proyeksi kebutuhan;

- Kolaborasi aktif BUMN, swasta, dan mitra internasional untuk pembiayaan investasi fasyankes;
- Penguatan sistem data investasi kesehatan dalam dashboard sektor kesehatan dan SATUSEHAT;
- Pemberian insentif fiskal dan non-fiskal melalui kebijakan afirmatif, terutama untuk industri substitusi impor dan pembangunan layanan kesehatan di daerah tertinggal.

## 3.2.29 Persentase Fasilitas Kesehatan yang Terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN)

### Definisi Operasional

Persentase fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Klinik, Labkes, TPM Nakes yang terkoneksi dengan aktif mengirimkan data dalam sistem informasi kesehatan nasional. Unit populasi: total seluruh faskes (tanpa apotik)

### Cara perhitungan

Jumlah fasilitas pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas, Klinik, Labkes, TPMD/DG) yang terkoneksi (aktif mengirimkan data) dalam

Tabel 3.69

Capaian Indikator Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita

Indikator Kinerja	Target 2025		
	Target 2025	Realisasi Smt 12025	Capaian Smt 12025
Persentase fasilitas kesehatan yang terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan nasional (SIKN)	50%	51,74%	103,4%

sistem ke nasional dibagi jumlah populasi seluruh fasilitas pelayanan Kesehatan (FKTP dan RS) yang teregistrasi tahun 2024.

**Analisa pencapaian**

Target indikator Sasaran strategis Persentase Fasilitas Kesehatan yang Terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) pada tahun Tahun 2025 adalah 50%. Dari hasil identifikasi sebesar 51,74% fasilitas kesehatan yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN). Berbagai upaya telah dilakukan, mulai dari penyediaan aplikasi Rekam Medik Elektronik (RME) gratis, penyampaian notifikasi rutin melalui email ke Rumah Sakit dan Klinik Utama yang belum mengimplementasikan RME.

**Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai target:**

- Surat himbauan Ditjen Kesehatan Lanjutan mengenai percepatan implementasi RME terintegrasi SATUSEHAT.

- Penerapan sanksi administratif berupa penurunan status akreditasi bagi RS yang belum mengimplementasikan RME.
- Penyediaan aplikasi RME gratis oleh Kemenkes: SIMGOS RS, SIMGOS Klinik, ODELIA (bidan), SIKDA-NG, dan ASRI.
- Pengiriman email notifikasi ke Rumah Sakit dan Klinik Utama yang belum mengimplementasikan RME ke SATUSEHAT setiap bulan

**Faktor pendukung dalam mencapai target:**

- Adanya Surat Edaran dari Ditjen Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/A/1107/2025 tentang Pendaftaran Sistem RME.

**Kendala dan tantangan dalam mencapai target:**

- Masih terdapat fasyankes yang tidak memiliki koneksi internet.
- Keterbatasan SDM IT di daerah.

- Tidak terdapat alokasi biaya untuk penyediaan sistem untuk RME infrastrukturnya (server dll).
- Terdapat beberapa Rumah Sakit dan Klinik Utama emailnya tidak aktif.

**d. Upaya yang dilaksanakan untuk Mencapai Target**

1. Melakukan promosi program Cek Kesehatan Gratis (CKG)
2. Promosi yang dilakukan adalah melalui berbagai media (penyiaran berita, release pers, media sosial).
3. Melakukan pengiriman blast whatsapp untuk melakukan Cek Kesehatan Gratis (CKG) kepada masyarakat yang berulang tahun.
- d. Melakukan kerjasama dengan berbagai pihak (Komunitas, Gojek, MRT).

**Capaian Kinerja**

Pada Semester I Tahun 2025, capaian pada indikator Persentase masyarakat yang terpantau kesehatannya melalui Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) tercatat sebesar 12,9% atau 25.442.180 jiwa. Angka ini menunjukkan bahwa capaian semester I mencapai sekitar 51,8% dari target tahun 2025 sebesar 25% (49.000.000 jiwa).

### 3.2.30 Persentase Masyarakat yang Terpantau Kesehatannya Melalui SIKN

**a. Definisi Operasional**

Persentase Masyarakat usia produktif (15–64) yang terpantau data kesehatannya melalui dashboard atau menerima notifikasi dari berbagai kanal komunikasi berdasarkan layanan Kesehatan yang diterima.

**b. Cara perhitungan Indikator**

Jumlah usia produktif yang terpantau kesehatannya / Masyarakat usia produktif \* 100%

**c. Rencana Aksi dalam mencapai target**

1. Melaksanakan Program Cek Kesehatan Gratis secara inklusif bagi seluruh masyarakat, tidak terbatas pada yang sedang berulang tahun.
2. Mengimplementasikan Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) khusus untuk siswa Sekolah Menengah.

### 3.2.31 Pertumbuhan Layanan Kesehatan Berbasis Kedokteran Presisi yang Diimplementasikan

#### Definisi Operasional Indikator

Pertumbuhan jumlah layanan Kesehatan berbasis kedokteran presisi di Indonesia diukur pada interval setiap tahun

#### Cara Perhitungan Indikator:

Jumlah layanan Kesehatan berbasis kedokteran presisi di tahun berjalan dikurangi dengan jumlah layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi di tahun baseline dan dibagi layanan Kesehatan berbasis kedokteran presisi di tahun baseline dikali 100%

#### Rencana Aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Dalam mencapai target indikator diatas, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan menyusun rencana aksi sebagai berikut:

- Menyusun rancangan Peraturan Menteri Kesehatan terkait penyelenggaraan pelayanan kedokteran presisi.
- Melakukan sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan pelayanan ke-

dokteran presisi kepada Fasyankes penyelenggara (rumah sakit dan klinik utama).

- Melakukan pembinaan serta pendampingan implementasi penyelenggaraan pelayanan kedokteran presisi.
- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap implementasi penyelenggaraan pelayanan kedokteran presisi.

#### Upaya yang dilaksanakan untuk Mencapai Target

##### Target

Pencapaian target indikator pertumbuhan layanan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan dilakukan melalui koordinasi dengan rumah sakit vertikal. Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan telah mengusulkan alokasi anggaran untuk kegiatan pendukung yang masih dalam proses pembahasan revisi dokumen anggaran baik di tingkat Kemenkes, Bappenas maupun Kementerian Keuangan (DJA) pasca implementasi Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan:

##### 1. Penyusunan Pedoman Pelayanan Kedokteran Presisi

Penyusunan pedoman merupakan amanah dari Undang-Undang Nomor

17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dimana pelayanan kedokteran presisi merupakan bagian dari pemanfaatan teknologi biomedis. Tata cara perizinan penyelenggaraan layanan kedokteran presisi di fasyankes diamanahkan dituangkan dalam bentuk peraturan Menteri Kesehatan yang selanjutnya secara teknis disusun dalam bentuk pedoman untuk tingkat operasionalisasi.

##### 2. Koordinasi Teknis dan Workshop Penyelenggara Kedokteran Presisi

Koordinasi dilaksanakan untuk mendapatkan gambaran terkait isu terkini penyelenggaraan kedokteran presisi di rumah sakit dan persiapan Monitoring Evaluasi RS Penyelenggara Kedokteran Presisi yang akan diadakan. Adapun workshop dilaksanakan dalam rangka peningkatan kapasitas dan sosialisasi regulasi terkini pada RS/klinik utama yang akan dan telah menyelenggarakan pelayanan kedokteran presisi serta laboratorium penyelenggara pemeriksaan genetika.

##### 3. Monitoring dan evaluasi penyelenggara kedokteran presisi

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan bersama dengan BB Binomika untuk memastikan pencapaian indikator serta mengetahui gambaran implementasi pelayanan kedokteran presisi.

##### 4. Pemberian izin/penetapan Lembaga, khususnya Fasyankes penyelenggara pelayanan kedokteran presisi.

#### Capaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator Pertumbuhan layanan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan di tahun 2025 adalah sebesar 100%. Per Semester I Tahun 2025 terdapat dua rumah sakit yang telah menyelenggarakan layanan berbasis kedokteran presisi, yaitu layanan iCare yang digunakan untuk pemeriksaan kanker di RS Dharmais dan pemeriksaan kelainan kromosom janin (*non-invasive perinatal testing*) di RSAB Harapan Kita. Layanan kedokteran presisi tersebut juga merupakan *baseline* yang digunakan dalam perumusan indikator pada tahun 2024. Apabila dilakukan perhitungan capaian indikator berdasarkan cara hitung pada rancangan dokumen Renstra Kemenkes 2025–2029, maka belum ada realisasi indikator pada periode Semester I Tahun 2025.

Gambar 3.17

NIPRRSAB Harapan Kita dan iCare RS



Tabel 3.70

Target dan Realisasi Indikator Pertumbuhan Layanan Berbasis Kedokteran Presisi yang Diimplementasikan

Indikator Kinerja	2025	
	Target (%)	Realisasi (%)
Pertumbuhan layanan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan	100	0

**Analisis Capaian Kinerja**

Layanan kedokteran presisi merupakan pendekatan baru untuk pencegahan dan pengobatan penyakit dengan mempertimbangkan gen, lingkungan, dan pola hidup seorang pasien. Berdasarkan capaian pada semester I terdapat 2 layanan kedokteran presisi yang telah diselenggarakan oleh rumah sakit. Adapun layanan kedokteran presisi lainnya yang saat ini sedang dalam tahap pengembangan adalah CholestoGen (pemeriksaan *familial hypercholesterolemia*) oleh RSCM dan

Care4Rare (pemeriksaan sekuensing untuk penyakit langka) oleh RS Dr. Sardjito.

Berdasarkan capaian pada Semester I Tahun 2025, masih belum terdapat pertumbuhan layanan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan, namun demikian dari hasil koordinasi dan perencanaan kegiatan diperkirakan dapat tercapai sesuai target pada semester II.

Target capaian kinerja indikator strategis Pertumbuhan layanan kedokteran kesehatan berbasis kedokteran presisi yang

diimplementasikan di tahun 2025 adalah adalah 100% pada periode semester I tahun 2025 indikator ini belum memiliki realisasi.

Kementerian Kesehatan telah menyusun dokumen Rencana Strategis K/L Tahun 2025-2029 di mana merupakan bagian dari salah indikator kinerja baru untuk mengukur tingkat keberhasilan program. Oleh karena dokumen Rencana Strategis K/L Tahun 2025-2029 baru ditetapkan pada tahun 2025, maka belum ada realisasi dan capaian kinerja beberapa tahun terakhir yang dapat dijadikan sebagai data pembandingan.

Pada periode Semester I Tahun 2025 juga belum ada realisasi capaian untuk indikator pertumbuhan layanan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan. Maka dari itu upaya untuk mendukung keberhasilan program kerja Renstra Kemenkes perlu dilakukan percepatan untuk memastikan indikator tahunan dan jangka menengah dapat tercapai sesuai target yang telah ditetapkan.

Termasuk belum ada data pembandingan secara nasional terkait pertumbuhan layanan kedokteran berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

**Permasalahan**

Dalam upaya pencapaian indikator, ditemukan faktor-faktor yang menjadi penghambat dalam pencapaian indikator, antara lain:

- Regulasi terkait penyelenggaraan layanan kedokteran presisi masih dalam proses penyusunan.
- Belum tersedia sistem informasi untuk penetapan fasyankes penyelenggara layanan kedokteran presisi.
- Anggaran yang tersedia (*existing*) belum bisa digunakan karena masih di-*hold* menunggu proses pembahasan antara Kemenkes, Bappenas dan Kemenkeu (DJA).

**Usulan Pemecahan Masalah**

Terdapat beberapa upaya yang telah dilakukan guna mengatasi kendala dalam pencapaian indikator, yaitu:

- Melaksanakan proses penyusunan RMPK Teknologi Kesehatan Substansi Kedokteran Presisi.
- Melakukan pengembangan sistem informasi penetapan fasyankes penyelenggara layanan kedokteran presisi.

- Percepatan proses pembahasan program dan anggaran dalam mendukung capaian indikator yang menjadi ampunan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan dengan berkoordinasi dengan bagian perencanaan dan anggaran di lingkungan Sekretariat Ditjen Kesehatan Lanjutan.

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang dilakukan dengan pencapaian indikator berkaitan dengan terlaksananya kegiatan perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan, monitoring evaluasi serta implementasi penyelenggaraan layanan.

### 3.2.32 Peningkatan Kapabilitas Uji Klinik di Indonesia

Definisi operasional indikator ini adalah pertumbuhan jumlah uji klinis yang dilakukan di Indonesia diukur pada interval setiap tahun.

Adapun cara perhitungannya adalah jumlah uji klinis yang dilakukan di tahun berjalan dikurangi tahun *baseline* dibagi dengan jumlah uji klinis di tahun *baseline* dikali 100%.

#### Analisa Upaya Keberhasilan Pencapaian Target Indikator

Pada tahun 2025, target indikator kinerja peningkatan kapabilitas uji klinik di Indonesia berdasarkan Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025–2029 yaitu

Tabel 3.71

Persentase Peningkatan Kapabilitas Uji Klinik di Indonesia

Indikator Kinerja	Target 2025		
	Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	Capaian Smt 1 2025
Peningkatan kapabilitas uji klinik di Indonesia	8%	10%	125,00%

Grafik 3.80

Target, Realisasi dan Capaian Indikator Peningkatan Kapabilitas Uji Klinik di Indonesia Semester I Tahun 2025



sebesar 8%. Adapun realisasi indikator kinerja tersebut pada Semester I Tahun 2025 yakni sebesar 10% dengan capaian 125%. Realisasi indikator di Semester I Tahun 2025 menunjukkan hal yang positif untuk mencapai target di akhir tahun ini serta periode akhir jangka menengah berdasarkan Rancangan Renstra 2025--029 yaitu sebesar 12%.

Indikator ini belum dapat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya dikarenakan indikator tersebut merupakan indikator baru, baik dari definisi operasional maupun cara perhitungan. Hingga saat ini, belum ada standar nasional/internasional yang dijadikan *benchmark* terkait "Peningkatan Kapabilitas Uji Klinik di Indonesia".

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah:

- Melakukan fasilitasi uji klinik vaksin TB kepada lembaga penelitian untuk dapat dilaksanakan uji klinik vaksin di dalam negeri melalui anggaran negara. Hal ini telah dilakukan melalui *Call for proposal* industri yang memiliki penelitian dan pengembangan terkait vaksin TB.
- Melakukan dukungan pembiayaan untuk industri farmasi yang melaksanakan uji klinik.
- Melakukan desk monitoring dan evaluasi pelaksanaan uji klinik.
- Melakukan fasilitasi pertemuan antara organisasi internasional dan industri vaksin dan produk biologi dalam negeri serta *stakeholder* terkait dalam rangka pengembangan dan pelaksanaan proses uji klinik di Indonesia.

- Melakukan monitoring dan evaluasi untuk mendukung pengembangan vaksin dan produk biologi baru hasil uji klinik.
- Berkoordinasi untuk mendorong harmonisasi regulasi penyederhanaan perizinan uji klinik dan registrasi produk dengan *stakeholder*.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Kendala suplai yang dihadapi oleh industri bahan baku obat serta kontinuitas riset pengembangan BBO dikarenakan perubahan prioritas BBO menyebabkan keterlambatan pengembangan obat dengan BBO dalam negeri oleh industri farmasi.
- Masih adanya industri obat tradisional yang belum memahami persyaratan administrasi pengajuan permohonan persetujuan pelaksanaan uji klinik fitofarmaka.
- Uji klinik vaksin dan produk biologi memerlukan biaya yang tinggi serta proses regulasi yang kompleks sehingga terdapat keterbatasan jumlah uji klinik yang dilakukan oleh suatu industri dalam kurun waktu tertentu.

Alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi beberapa permasalahan tersebut adalah sebagai berikut:

- Memfasilitasi pertemuan dengan organisasi internasional dan *funding capital* seperti IFC, Global Fund.
- Pendampingan kepada industri obat tradisional terkait persyaratan dan alur dalam pengajuan permohonan persetujuan pelaksanaan uji klinik fitofarmaka.
- Melakukan monitoring secara intensif untuk memastikan pelaksanaan uji klinik vaksin dan produk biologi berjalan sesuai *timeline* yang telah ditentukan.

Analisis efisiensi sumber daya yang dilakukan antarlain:

- Pelaksanaan kegiatan dilakukan melalui metode *hybrid* sehingga dapat menghemat penggunaan anggaran.

### 3.2.33 Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan

#### Definisi Operasional

Hasil penilaian Tim Monev RB Kementerian Kesehatan terhadap capaian target indikator RB General dan RB Tematik.

#### Cara Perhitungan

Hasil penilaian penjaminan kualitas oleh Tim Monev Kemenkes berdasarkan penilaian mandiri atas capaian target indikator RB General dan RB Tematik.

#### Analisa pencapaian

Reformasi Birokrasi merupakan upaya pembaruan dan perubahan mendasar terhadap sistem penyelenggaraan pemerintahan, yang ditujukan untuk mempercepat pencapaian prioritas pembangunan nasional. Meskipun dalam draf Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029 indikator Nilai Reformasi Birokrasi tidak lagi diusulkan sebagai Indikator Kinerja Program (IKP), tapi karena dokumen Renstra tersebut belum ditetapkan, maka pengukuran terhadap indikator ini tetap dilakukan berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2025. Target capaian yang ditetapkan adalah

90,01, sebagaimana tercantum dalam dokumen Perjanjian Kinerja, dengan metode penilaian mandiri (PMPRB) yang dilaksanakan oleh Tim Monev Itjen.

Sepanjang tahun 2023 hingga 2025, telah terjadi sejumlah perubahan kebijakan dari Kementerian PANRB yang memengaruhi pelaksanaan dan evaluasi Reformasi Birokrasi, antarlain:

1. Permen PANRB Nomor 3 Tahun 2023 tentang Perubahan Permen PANRB Nomor 25 tahun 2020 tentang Roadmap Reformasi Birokrasi;
2. Permen PANRB Nomor 9 Tahun 2023 tentang Evaluasi Reformasi Birokrasi;
3. Permen PANRB Nomor 8 Tahun 2024 tentang Tata Cara Penyesuaian Tunjangan Kinerja; dan
4. Kepmen PANRB Nomor 182 Tahun 2024 tentang Petunjuk Teknis Evaluasi Reformasi Birokrasi Tahun 2024;.

Sebagai implikasi dari kebijakan tersebut, pelaksanaan evaluasi RB tidak lagi dilakukan melalui instrumen LKE PMPRB dan tidak terbatas pada unit eselon I saja. Penilaian kini difokuskan pada hasil pembangunan yang berdampak langsung kepada masyarakat, dengan metode evaluasi berbasis dua dimensi:

## BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

1. RB General, yakni penilaian atas tata kelola birokrasi yang mencakup 26 indikator perbaikan sistem dan kelembagaan, dinilai oleh kementerian/ lembaga teknis (*leading institution*) sesuai indikator masing-masing;
2. RB Tematik, yakni penilaian terhadap kontribusi birokrasi dalam menyelesaikan isu pembangunan prioritas. Untuk tahun 2024–2025, tema RB Tematik yang ditetapkan adalah digitalisasi pemerintahan dalam rangka penanggulangan stunting, dengan Kementerian Kesehatan ditunjuk sebagai *leading institution*.

Sebagai *leading institution*, Kementerian Kesehatan wajib menyediakan data dan kebijakan yang relevan dengan pengendalian stunting, termasuk target dalam RPJMN serta capaian program pengendalian stunting tingkat kabupaten/kota hingga nasional. Biro Organisasi dan SDM, selaku Sekretariat Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan, memfasilitasi pelaksanaan RB di tingkat kementerian, sekaligus menjalankan mandat sebagai Kepala Bidang Organisasi dan SDM pada *Cultural Transformation Office* sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/181/2024.

Dengan berlakunya sistem evaluasi yang terdesentralisasi, maka penilaian mandiri (PMPRB) oleh masing-masing unit eselon I tidak lagi diberlakukan. Sebagai gantinya, setiap unit kerja pengampu indikator RB General dan RB Tematik wajib mengintegrasikan indikator tersebut ke dalam perencanaan kinerja unit masing-masing, guna menjamin keberhasilan pencapaian indikator secara nasional. Hal ini menjadi penting mengingat salah satu persyaratan dalam pemberian tunjangan kinerja 100% adalah pencapaian nilai RB minimal 90,01, sebagaimana diatur dalam PermenPANRB Nomor 8 Tahun 2024.

Berdasarkan hasil evaluasi RB Tahun 2024 sebagaimana tertuang dalam Surat Deputi Bidang RB, Akuntabilitas Aparatur, dan Pengawasan Nomor B/766/RB.06/2025 tanggal 26 April 2025, Kementerian Kesehatan memperoleh nilai RB sebesar 91,76, melebihi target yang ditetapkan. Capaian tersebut disajikan dalam Gambar 3.18 berikut:

Gambar 3.18

No.	Penilaian	Bobot	2023	2024
1.	RB General	100	77,67	83,59
2.	RB Tematik	20	7,43	8,16
3.	Jumlah RB	120	85,10	91,76
			A-	A-

Capaian ini merupakan hasil dari sinergi seluruh unit pengampu indikator RB dan dukungan koordinatif Tim Monev RB, baik secara internal maupun dengan instansi evaluator nasional. Dengan capaian tersebut, Kementerian Kesehatan telah memenuhi seluruh syarat pengusulan penyesuaian tunjangan kinerja, yaitu:

1. Capaian quick wins reformasi birokrasi di atas 70%, khususnya penyederhanaan struktur organisasi yang telah mencapai 100%;

### Hasil evaluasi RB Tahun 2024

Indeks RB Kementerian Kesehatan tahun 2024 adalah **91,76** dengan kategori "A-". Rincian hasil evaluasi tersebut adalah sebagai berikut:

No.	Penilaian	Bobot	2023	2024
1.	RB General	100	77,67	83,59
2.	RB Tematik	20	7,43	8,16
3.	Jumlah RB	120	85,10	91,76
			A-	A-

Hasil evaluasi tahun 2024 menunjukkan peningkatan dari hasil evaluasi tahun sebelumnya. Secara lengkap rincian hasil evaluasi RB, baik nilai, catatan, dan rekomendasi pada setiap indikator dapat diakses melalui <https://portalrb.monev.go.id>

2. Nilai Reformasi Birokrasi  $\geq 85$ ; dan
3. Opini Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dari BPK.

Sebagai tindak lanjut, proses pembahasan penyesuaian tunjangan kinerja telah dilakukan oleh:

- Kementerian PANRB, yang menilai dampak program RB Kementerian Kesehatan terhadap masyarakat dan telah memberikan persetujuan;
- Kementerian Keuangan, yang memastikan efektivitas dan efisiensi program serta kesiapan fiskal Kementerian Kesehatan; dan
- Kementerian Hukum dan HAM, yang menyatakan bahwa harmonisasi Rancangan Perpres Tunjangan Kinerja telah selesai melalui surat Nomor PPE. PP.01.03-4341 tanggal 30 Desember 2024 dan siap ditetapkan menjadi Peraturan Presiden.

Tabel 3.72

Capaian Nilai Reformasi Birokrasi Kemenkes Tahun 2022–2025

Indikator	Realisasi 2022	Realisasi 2023	Realisasi 2024	Realisasi Semester I 2025
Nilai Reformasi Birokrasi Kemenkes	87,5	90,83	90,11	<b>91,76</b>

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target

Untuk mendukung pencapaian target nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan Tahun 2025, telah dilaksanakan berbagai kegiatan strategis oleh Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia selaku Sekretariat Tim Reformasi Birokrasi.

Faktor - faktor penghambat pencapaian target

- Dalam pelaksanaan fasilitasi Reformasi Birokrasi Tahun 2025, terdapat beberapa kendala yang mempengaruhi pencapaian target indikator, antara lain:
  - Terdapat perubahan kebijakan teknis evaluasi RB yang berdampak pada penyesuaian kembali target masing-masing indikator penilaian RB yang telah ditetapkan sebelumnya.
  - Terdapat beberapa indikator yang hasil penilaiannya baru dapat ditetapkan setelah tahun berjalan (T+1), seperti

IKPA, IPA, opini BPK terhadap laporan keuangan, dan capaian Indikator Kinerja Utama program prioritas nasional maupun program utama Kementerian.

- Terdapat perbedaan persepsi antara Kementerian Kesehatan dengan Kementerian PANRB terkait data *real time* capaian penanggulangan *stunting* secara nasional.

Faktor -faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target

- Melakukan eskalasi dan *update* perkembangan isu strategis terkait perubahan kebijakan RB secara nasional ke tingkat Pimpinan untuk segera mendapatkan arahan dan ditindaklanjuti.
- Penguatan koordinasi dengan *Leading Institution* terkait seperti Kementerian PANRB, Kementerian Dalam Negeri, BKN, Bappenas, Kemenkeu dll. untuk menyamakan persepsi terhadap metodologi dan definisi operasional masing-masing indikator penilaian;

- Penyamaan persepsi antara Kementerian PANRB dan Kementerian Kesehatan terkait data capaian program penanggulangan *stunting*, yaitu dengan menggunakan data Survei Status Gizi Indonesia.

- Penguatan dan pembagian peran yang jelas antara Sekretariat Tim RB, Tim Monev RB, dan penanggung jawab masing-masing indikator dalam penyelesaian permasalahan dan menindaklanjuti tahapan kegiatan yang perlu dilakukan dalam fasilitasi pelaksanaan RB Kemenkes.

- Melakukan pertemuan rutin dan berkala dengan Tim Monev dan penanggungjawab RB General dan RB Tematik untuk meningkatkan hasil penilaian RB oleh pihak eksternal.

- Penerapan transformasi internal Kementerian Kesehatan yang terintegrasi dengan program reformasi birokrasi.

- Penerapan kebijakan *core value* ASN BerAKHLAK mendorong dibentuknya agen-agen perubahan dalam bentuk Tim ASN Muda, Tim *Champion* pada UPT yang mempercepat perubahan pelayanan publik.

- Keterlibatan peran Pimpinan dalam pelaksanaan Program Reformasi Birokrasi.

Kegiatan yang telah dilakukan sepanjang semester I tahun 2025 diantaranya:

1. Sebagai *leading institution* program RB Tematik digitalisasi pemerintahan dengan fokus penanganan *stunting*, Kementerian Kesehatan menyediakan kebijakan dan data yang relevan dengan program pengendalian *stunting*, diantaranya target program dalam RPJMN dan capaian program secara berjenjang dari tingkat kabupaten/kota hingga nasional.
2. Koordinasi informal dengan Kementerian PAN dan RB terkait kebijakan pelaksanaan RB tahun 2025.
3. Koordinasi informal dan formal dengan tim monev dan unit kerja penanggungjawab indikator penilaian RB general dan RB tematik dalam hal *reviu rencana aksi* dan memastikan keberlangsungan program RB tahun 2025.
4. Eskalasi isu di tingkat pimpinan agar seluruh indikator RB general diintegrasikan dalam Perjanjian Kinerja seluruh pimpinan unit kerja penanggungjawab indikator.

5. Biro Organisasi dan SDM selain menyelenggarakan fungsi fasilitasi pelaksanaan reformasi birokrasi Kementerian, juga menjadi unit kerja penanggungjawab indeks penyederhanaan struktur organisasi, penerapan mekanisme kerja, dan sistem merit. Secara berkala, dilakukan koordinasi baik formal maupun informal dengan unit kerja terkait untuk melakukan evaluasi terhadap penerapan ketiga indikator RB general tersebut.

Dengan berakhirnya *grand design* reformasi birokrasi 2010–2025 dan roadmap reformasi birokrasi 2020–2025, maka pelaksanaan program RB instansi pemerintah pada tahun 2025 memasuki masa transisi menunggu selesainya proses penyusunan *grand design* reformasi birokrasi 2025–2045 dan roadmap reformasi birokrasi 2025–2029. Dalam masa transisi kebijakan ini, Kementerian PAN dan RB akan menerbitkan Surat Edaran yang mengatur pelaksanaan program reformasi birokrasi pada masa transisi. Kebijakan pada masa transisi ini akan mempengaruhi pelaksanaan program RB Kemenkes pada semester II.

Tabel 3.73

Indikator Capaian Kinerja Semester I Tahun 2025

No	Indikator Sasaran Strategis	Definisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1	Angka Kematian Ibu	Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian perempuan akibat sebab apa pun yang berkaitan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk sebab kecelakaan atau insidental), yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, atau dalam 42 hari setelah kehamilan berakhir tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan dan dinyatakan per 100.000 kelahiran hidup dalam periode waktu tertentu	122	189	45,08

No	Indikator Sasaran Strategis	Definisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
2	Angka Kematian Balita	Jumlah kematian anak berusia 0–4 tahun (0–59 bulan) pada tahun tertentu per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. <b>Nilai normatif AKBa adalah sebagai berikut :</b> – $\geq 140$ = sangat tinggi – $71 < \text{AKBa} < 140$ = tinggi – $20 < \text{AKBa} < 70$ = sedang – $\leq 20$ = rendah <b>Cara Perhitungan :</b> Jumlah penduduk yang meninggal pada umur 0–4 tahun (0–59 bulan) pada tahun tertentu, dibagi jumlah penduduk usia 0–4 tahun (0–59 bulan) pada pertengahan tahun yang sama, dikali 1000 $\text{AKBa} = (\text{JK} < 5 \text{ th} / \text{JLH}) * 1000$ <b>Keterangan :</b> – AKBa : Angka kematian balita (AKBa) per 1000 kelahiran hidup – JK < 5 th : Jumlah penduduk yang meninggal pada umur 0–4 tahun (0–59 bulan) pada waktu tertentu – JLH : jumlah lahir hidup pada tahun yang sama	15	19,83	67,80
3	Prevalensi Stunting (Pendek dan Sangat Pendek)	Persentase balita usia 0–59 bulan dengan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks tinggi badan atau panjang badan menurut usia (TB/U atau PB/U) memiliki z-score kurang dari –2 standar deviasi (SD) pada suatu wilayah dan kurun waktu tertentu. <b>Cara perhitungan :</b> Jumlah balita usia 0–59 bulan dengan kategori status gizi pendek dan sangat pendek , dibagi dengan jumlah balita usia 0–59 bulan yang diukur panjang badan atau tinggi badan, dikali 100%	18.08	19,84	94,68

**BAB III**  
**AKUNTABILITAS KINERJA**

No	Indikator Sasaran Strategis	Defnisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
4	Angka Harapan Hidup pada Umur 60 Tahun (HALE 60)	Rata-rata jumlah tahun dalam kesehatan penuh yang dapat diharapkan seseorang untuk hidup pada usia 60 tahun, berdasarkan tingkat kesehatan dan kematian yang buruk saat ini.  Cara perhitungan indikator ini adalah harapan hidup pada usia 60 tahun dikurangi tingkat tahun hilang karena kecacatan (YLD) karena semua penyebab. Data indikator Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60) didapatkan dari survei. Pada tahun 2025 belum dilaksanakan survei terkait, sehingga data capaian Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60) Tahun 2025 Semester I masih belum tersedia.	13,90	N/A	N/A
5	Cakupan penerima Pemeriksaan Kesehatan Gratis (persen)	Proporsi jumlah penerima pemeriksaan gratis pada semua kelompok usia terhadap jumlah penduduk. <b>Cara Perhitungan</b> Jumlah penerima pemeriksaan kesehatan gratis pada semua kelompok usia, dibagi total penduduk, dikali 100%	36	3,8	10,56

No	Indikator Sasaran Strategis	Defnisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
6	Prevalensi depresi di umur ≥ 15 tahun	Perbandingan antara jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun yang saat ini mengalami gangguan depresi, terhadap jumlah seluruh penduduk berumur ≥ 15 tahun pada wilayah tertentu <b>Cara Perhitungan:</b> Jumlah penduduk umur 15 tahun ke atas yang saat ini mengalami gangguan depresi (menurut MINI) dibagi jumlah seluruh penduduk berumur ≥ 15 tahun	1,4	N/A	N/A
7	Kabupaten/ Kota yang Mencapai Target Kekebalan Kelompok	persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi lengkap sesuai siklus hidup. Indikator dihitung dari perhitungan jumlah kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi bayi lengkap, baduta lengkap, antigen baru, dan anak usia sekolah dasar lengkap minimal 60% dibagi total jumlah kabupaten/kota dikali 100%.	60	N/A	N/A
8	Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular	kabupaten/kota dengan proporsi non-hipertensi minimal 75%, proporsi non-diabetes melitus minimal 85% menerapkan KTR. Indikator dihitung dari jumlah kabupaten/kota dengan proporsi non-hipertensi minimal 75%, proporsi non-diabetes melitus minimal 85% menerapkan KTR dibagi jumlah total kabupaten/kota dikali 100%. Proporsi dihitung berdasarkan hasil skrining.  Capaian indikator Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular (PTM), sampai Semester I Tahun 2025 sebesar 46,8% dari target 50% atau tercapai sebesar 93,6%. Indikator ini merupakan indikator baru dalam draf Renstra Tahun 2025-2029 dan tidak ada perhitungan baseline sehingga perbandingan capaian dengan tahun sebelumnya tidak dapat dibandingkan.	50	46,8	93,6

**BAB III**  
**AKUNTABILITAS KINERJA**

No	Indikator Sasaran Strategis	Defnisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
9	Angka Populasi Bebas Penyakit Menular	kabupaten/kota yang memenuhi keberhasilan pengobatan TB > 90%, penemuan kasus TB > 90%, dan minimal 2 dari ODHIV dalam pengobatan ARV yang di tes viral load dengan hasil viral load tersupresi 95% eradikasi frambusia dan eliminasi malaria. Indikator ini dihitung dari Jumlah kabupaten/kota yang memenuhi keberhasilan pengobatan TB > 90%, penemuan kasus TB > 90%, dan minimal 2 dari yakni ODHIV dalam pengobatan ARV yang di tes viral load dengan hasil viral load tersupresi 95%, eradikasi frambusia, eliminasi malaria dibagi jumlah kabupaten/kota dikali 100%.	10	39	0,39
10	Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan	Persentase penduduk dengan skor literasi kesehatan masuk kategori "sufficient" dan "excellent". Literasi kesehatan yang dimaksud adalah tingkat kemampuan mengakses, memahami, menilai dan menerapkan informasi kesehatan untuk mengambil keputusan yang terkait pelayanan kesehatan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan <b>Cara perhitungan:</b> Jumlah penduduk dengan skor literasi kesehatan masuk kategori "sufficient" dan "excellent", dibagi total responden, dikali 100% Nilai literasi kesehatan tiap individu diukur dengan instrumen HLS-ID 16 dengan skala 0-64 selanjutnya dikategorikan sbb: • Literasi kesehatan inadequate: skor 0 - 16 • Literasi kesehatan problematic: 17 - 32 • Literasi kesehatan sufficient: 33 - 48 • Literasi kesehatan excellent: 49 - 64	36,3		
11	Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Fisik Cukup	Persentase penduduk yang melakukan aktivitas fisik yang dianjurkan (>150 menit) selama jangka waktu tertentu (1 minggu) terhadap penduduk berusia >10 tahun pada jangka waktu yang sama  Cara perhitungannya adalah Jumlah penduduk yang melakukan aktivitas fisik yang dianjurkan (>150 menit) selama jangka waktu tertentu (1 minggu) terhadap penduduk berusia >10 tahun pada jangka waktu yang sama dalam suatu wilayah, dibagi jumlah penduduk >10 tahun, dikali 100%.	65	N/A	N/A

No	Indikator Sasaran Strategis	Defnisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
12	Kabupaten/ Kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	kabupaten/kota yang telah terverifikasi 100% KK setop buang air besar sembarangan di tempat terbuka dan minimal 75% KK berperilaku 3 pilar STBM lainnya. Indikator dihitung dari Jumlah kabupaten/kota yang telah terverifikasi 100% KK setop buang air besar sembarangan di tempat terbuka dan minimal 75% KK berperilaku 3 pilar STBM lainnya.	30	8	26,7
13	Prevalensi Obesitas >18 tahun	kasus obesitas pada penduduk usia >18 tahun dengan kategori BMI >27 dalam setahun. Indikator prevalensi obesitas dihitung dari jumlah penduduk umur >18 tahun dengan hasil pengukuran IMT $\geq 27$ dibagi dengan jumlah populasi sasaran dikali 100%. Indikator prevalensi obesitas >18 tahun juga menjadi indikator pada tahun 2020-2024 dengan target yang berbeda pada periode 2020-2024 target indikator 21,8% sedangkan pada periode 2025-2029 target indikator sebesar 23,4%.	23,4	1	N/A
14	Persentase Kabupaten/ Kota dengan Fasilitas Kesehatan Sesuai Standar	Fasilitas kesehatan primer a. 80% desa di kabupaten/kota memiliki setidaknya 1 Pustu; dan b. 80% Puskesmas di kabupaten/kota melayani $\leq 30$ ribu penduduk atau jarak $\leq 120$ menit. 2. Fasilitas kesehatan lanjutan minimal 1 rumah sakit kelas C untuk setiap kabupaten/kota sesuai kebutuhan Cara perhitungan indikator adalah jumlah kabupaten/kota yang memiliki jumlah Puskesmas, Pustu dan RS sesuai kebutuhan, dibagi jumlah kabupaten/kota dikali 100%.	85	N/A	N/A

**BAB III**  
**AKUNTABILITAS KINERJA**

No	Indikator Sasaran Strategis	Definisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
15	Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Perbekalan Kesehatan Sesuai Standar	<p>persentase fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas termasuk Labkesmas dan RS) yang secara konsisten mempertahankan tingkat kecukupan pasokan kesehatan esensial, termasuk diagnostik, reagen, obat-obatan, vaksin, sesuai dengan pedoman untuk memenuhi kebutuhan pasien dan masyarakat, dalam jangka waktu tertentu.</p> <p>Cara perhitungannya adalah jumlah fasilitas pelayanan kesehatan dengan perbekalan kesehatan yang memadai sesuai standar dibagi jumlah total fasilitas pelayanan kesehatan dikali 100 persen.</p>	83	75,04	90,41
16	Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan Mencapai Akreditasi Paripurna	<p>Indikator persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna memiliki definisi operasional yakni Persentase fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit pemerintah) dengan akreditasi paripurna.</p> <p><b>Cara perhitungan</b> Jumlah fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit pemerintah) yang mendapatkan status akreditasi paripurna dan masih berlaku dalam kurun waktu 2025-2029 dibagi Jumlah fasilitas Kesehatan yang teregistrasi dikali 100%</p>	33	58,26	176,53
17	Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan	<p>Mengukur tingkat kepuasan masyarakat dalam bentuk feedback dan survei terhadap pelayanan kesehatan oleh Puskesmas dan fasilitas kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan Klinik Utama).</p> <p><b>Cara Perhitungan</b> Total nilai persepsi (Indeks Kepuasan Pasien) seluruh responden dari masing-masing fasyankes (Puskesmas, RS, dan Klinik Utama) yang telah diboboti sesuai jumlah masing-masing fasyankes yang dievaluasi untuk Indeks Kepuasan Pasien dibagi total seluruh fasyankes yang dievaluasi nilai Indeks Kepuasan Pasiennya, dikali 100%.</p>	77	N/A	N/A

No	Indikator Sasaran Strategis	Definisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
18	Persentase Belanja Kesehatan Out of Pocket				
19	Persentase Masyarakat Memiliki Asuransi Kesehatan Aktif	<p>Persentase dari jumlah populasi yang dilindungi asuransi Kesehatan (JKN/asuransi swasta/ keduanya) dan berstatus aktif.</p> <p><b>Cara Perhitungan</b> Jumlah populasi yang dilindungi asuransi kesehatan yang berstatus aktif dibagi jumlah populasi dikali 100 persen.</p>	79,5	78,28	78,28
20	Rasio Named dan Nakes Terhadap Populasi	<p>Jumlah tenaga medis dan kesehatan (dokter, perawat, bidan) yang tersedia terhadap jumlah penduduk</p> <p><b>Formulasi perhitungan</b> Jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) yang terdata dibagi Total populasi dikali 1000 (di Kemenkes dan BPS)</p>	5,30	5,43	102,43
21	Proporsi Jenis Obat (Termasuk Produk Biologi dan Vaksin) yang Dapat diproduksi Dalam Negeri	<p>proporsi jenis obat termasuk produk biologi dan vaksin dengan pemenuhan melalui produk dalam negeri yang ditargetkan dalam jangka waktu tertentu. Terdiri dari 34 jenis obat (untuk program KJSU, ATM, dan obat dengan nilai terbesar), 18 jenis vaksin, dan 18 jenis produk biologi.</p> <p>Produk dalam negeri untuk obat adalah obat yang diproduksi menggunakan bahan baku produksi dalam negeri. Produk biologi dan vaksin dalam negeri adalah produk yang diproduksi di dalam negeri minimum dari tahap fill and finish.</p> <p>Cara perhitungannya adalah jumlah total jenis obat (termasuk produk biologi dan vaksin) yang diproduksi dalam negeri dibagi jumlah jenis obat (termasuk produk biologi dan vaksin) sesuai kebutuhan yang ditargetkan dikali 100%. Jumlah total jenis obat yang ditargetkan tersebut terdiri dari 34 jenis bahan baku obat, 18 produk vaksin, serta 18 produk biologi.</p>	50	45,71	91,42

**BAB III**  
**AKUNTABILITAS KINERJA**

No	Indikator Sasaran Strategis	Defnisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
22	Proporsi Jenis Alkes yang Dapat Diproduksi Dalam Negeri	<p>persentase jenis alat kesehatan sesuai kebutuhan yang ditargetkan yang dipenuhi melalui produk dalam negeri dalam jangka waktu tertentu.</p> <p>Cara perhitungannya adalah jumlah total jenis alat kesehatan yang diproduksi secara dalam negeri dibagi jumlah alat kesehatan yang ditargetkan untuk diproduksi dalam negeri dikali 100 persen. Jumlah total jenis alat kesehatan yang dimaksud terdiri dari 50 alat kesehatan low-medium technology dan 30 alat kesehatan high technology.</p>	60	58,75	97,92
23	Indeks Alat Kesehatan Memenuhi Standar	<p>kuran untuk menilai tingkat pemenuhan standar keamanan, mutu dan kemanfaatan alat kesehatan berdasarkan hasil penilaian pre market dan pengawasan post market.</p> <p>Cara perhitungannya adalah indeks keamanan alat kesehatan dihitung dari penjumlahan seluruh indeks indikator pembentuk. Indeks indikator pembentuk dihitung dengan mengalikan bobot indikator (%) dengan persen realisasi dan capaian indikator</p>	89	54,31	61,02
24	Nilai Kapasitas International Health Regulations (IHR) dalam Joint External Evaluation (JEE)	<p>peningkatan jumlah indikator dalam kerangka kerja Joint External Evaluations (JEE) dengan nilai International Health Regulations (IHR) yang baik (skor 4 dan 5). Indikator dihitung dari jumlah total indikator JEE dengan skor 4 atau lebih dibagi jumlah total indikator di bawah kerangka kerja JEE dikali 100%</p> <p>Capaian indikator Nilai Kapasitas IHR dalam JEE pada Semester I adalah sebesar 59% dan bila dibandingkan dengan target 61% pada akhir tahun 2025 maka indikator belum mencapai target dengan persentase kiinerja sebesar 96.7%.</p>	61	59	96,7

No	Indikator Sasaran Strategis	Defnisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
25	Kabupaten/ Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan	<p>kabupaten/kota dengan kualitas air minum, kualitas pangan, kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat serta merupakan kabupaten/kota sehat.</p> <p>Indikator ini dihitung dari Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat di 70% sarana air minum dan 30% rumah tangga, jumlah KLB keracunan pangan di bawah 5, kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat di 70% tempat fasilitas umum dan 30% pemukiman serta 70% capaian nilai tatanan KKS.</p>	9,8	0,0	0,0
26	Persentase Provinsi dan Kabupaten/ Kota yang Menyelaraskan Perencanaan Pembangunan dan Mencapai Target Tahunan Pembangunan	<p>Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan minimal 75% indikator PP RPJMN pilihan (15 Indikator PP terpilih) sebagai indikator Pembangunan Daerah dalam RPJMD dan/atau Renstra Dinas Kesehatan tahun 2025-2029.</li> <li>2. Dapat mencapai target tahunan indikator yang tercantum pada poin a dalam dokumen perencanaan tahunan (RKPD/Renja bidang Kesehatan) T-1.</li> </ol> <p><b>Cara Perhitungan</b> Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan minimal 75% indikator PP RPJMN pilihan (15 Indikator PP terpilih) sebagai indikator Pembangunan Daerah dalam RPJMD dan/atau Renstra Dinas Kesehatan tahun 2025-2029 serta;</li> <li>2. Dapat mencapai target tahunan indicator yang tercantum pada poin a. Dengan unit populasi: 546 (provinsi dan kabupaten/kota).</li> </ol>	20	N/A	N/A
27	Pengeluaran Kesehatan Total Per Kapita	<p>Pengeluaran yang digunakan untuk kesehatan dari seluruh sumber pendanaan dibandingkan dengan jumlah populasi pada periode waktu tertentu.</p> <p><b>Cara Perhitungan</b> Jumlah pengeluaran untuk kesehatan total dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang ditentukan</p>	2,12	N/A	N/A

**BAB III**  
**AKUNTABILITAS KINERJA**

No	Indikator Sasaran Strategis	Definisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
28	Skala Investasi Sektor kesehatan	total peningkatan per tahun skala investasi di sektor Kesehatan dari entitas domestik swasta (Penanaman Modal Dalam Negeri/ PMDN) dan internasional (Penanaman Modal Asing/PMA).  Cara perhitungan adalah total peningkatan per tahun skala investasi di sektor Kesehatan dari entitas domestik swasta (Penanaman Modal Dalam Negeri/ PMDN) dan internasional (Penanaman Modal Asing/PMA)	0,7	0	20
29	Persentase Fasilitas Kesehatan yang Terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN)	Persentase fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Klinik, Labkes, TPM Nakes yang terkoneksi dengan aktif mengirimkan data dalam sistem informasi kesehatan nasional. Unit populasi: total seluruh faskes (tanpa apotik)  <b>Cara perhitungan</b> Jumlah fasilitas pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas, Klinik, Labkes, TPMD/ DG) yang terkoneksi (aktif mengirimkan data) dalam sistem ke nasional dibagi jumlah populasi seluruh fasilitas pelayanan Kesehatan (FKTP dan RS) yang teregistrasi tahun 2024.	50	51,74	103,4
30	Persentase Masyarakat yang Terpantau Kesehatannya Melalui SIKN				

No	Indikator Sasaran Strategis	Definisi Operasional dan cara Perhitungan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
31	Pertumbuhan Layanan Kesehatan Berbasis Kedokteran Presisi yang Diimplementasikan	Pertumbuhan jumlah layanan Kesehatan berbasis kedokteran presisi di Indonesia diukur pada interval setiap tahun  <b>Cara Perhitungan Indikator:</b> Jumlah layanan Kesehatan berbasis kedokteran presisi di tahun berjalan dikurangi dengan jumlah layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi di tahun baseline dan dibagi layanan Kesehatan berbasis kedokteran presisi di tahun baseline dikali 100%	N/A	N/A	N/A
32	Peningkatan Kapabilitas Uji Klinik di Indonesia	pertumbuhan jumlah uji klinis yang dilakukan di Indonesia diukur pada interval setiap tahun.  Adapun cara perhitungannya adalah jumlah uji klinis yang dilakukan di tahun berjalan dikurangi tahun baseline dibagi dengan jumlah uji klinis di tahun baseline dikali 100%.	8	10	125
33	Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan	Hasil penilaian Tim Monev RB Kementerian Kesehatan terhadap capaian target indikator RB General dan RB Tematik.  <b>Cara Perhitungan</b> Hasil penilaian penjaminan kualitas oleh Tim Monev Kemenkes berdasarkan penilaian mandiri atas capaian target indikator RB General dan RB Tematik.	90,01	91,76	N/A

### 3.3 Capaian Kinerja Lainnya

#### 3.3.1 Capaian Pemeriksaan Kesehatan Grafis (PKG)

Delapan Misi Asta Cita Kepemimpinan Presiden terpilih tahun 2024-2029, yang mencakup berbagai aspek pembangunan nasional memuat misi pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM). Pembangunan SDM ini ditujukan untuk menciptakan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, dan berdaya saing di tingkat global. Kementerian Kesehatan memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan tiga dari delapan Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) yaitu pembangunan rumah sakit lengkap berkualitas di seluruh kabupaten di Indonesia, penurunan kasus tuberkulosis sebanyak 50% dalam 5 tahun, dan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG).

##### A. Latar belakang pelaksanaan PKG

PKG dilaksanakan melalui pendekatan siklus hidup, dimulai sejak bayi baru lahir hingga lanjut usia, yang difokuskan pada upaya promotif dan preventif yang bersifat holistik, terintegrasi, dan berbasis kelompok sasaran (*people-centered*). PKG ditujukan untuk mendeteksi faktor risiko kesehatan, kondisi pra-penyakit, serta penyakit dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup dan

angka harapan hidup masyarakat Indonesia. Hasil Survei Kesehatan Indonesia dan laporan Kementerian Kesehatan 2023 mengungkapkan berbagai tantangan kesehatan di setiap tahapan siklus hidup. Pada balita: 21,5% mengalami stunting, 8,5% mengalami wasting, dan 0,37% atau 31.905 balita memiliki penyakit jantung bawaan. Anak-anak usia sekolah dan remaja: menghadapi masalah perilaku kesehatan, seperti prevalensi merokok sebesar 7,4% pada anak usia 10–18 tahun, serta anemia yang dialami oleh 15,6% remaja putri tingkat SLTP/MTS.

Berdasarkan survei Indonesia-National Adolescent Mental Health Survey tahun 2022 mencatat bahwa 34,9% remaja usia 10–17 tahun memiliki masalah kesehatan mental. Pada kelompok dewasa dan lanjut usia, data menunjukkan bahwa 33,6% penduduk usia  $\geq 20$  tahun memiliki aktivitas fisik yang rendah, 30,92% merokok, 23,4% mengalami obesitas, dan 30,8% penduduk usia  $\geq 18$  tahun memiliki hipertensi. Prevalensi diabetes melitus yang didiagnosa oleh dokter pada kelompok usia 18–59 tahun mencapai 1,6%, sementara 10% memiliki kadar gula darah di atas normal. Angka ini lebih tinggi pada kelompok lansia, dengan prevalensi diabetes melitus sebesar 6,5% dan gula darah abnormal sebesar 24,3%. Untuk semua kelompok umur, prevalensi kanker yang didiagnosa oleh dokter mencapai 1,2 per 1.000

penduduk. Sebagian besar faktor risiko, kondisi pra-penyakit, dan penyakit ini dapat dicegah atau ditangani lebih dini melalui pemeriksaan kesehatan rutin. Namun, cakupan pemeriksaan kesehatan di Indonesia masih rendah. Data Kementerian Kesehatan tahun 2023 menunjukkan bahwa hanya 39,87% penduduk telah melakukan skrining penyakit tidak menular. Selain itu, sebanyak 32,6% penduduk usia  $> 20$  tahun tidak pernah memeriksa tekanan darah, 80,82% tidak pernah mengukur lingkar perut, 35,61% tidak memantau berat badan, 61,6% tidak memeriksa kadar kolesterol, dan 62,6% tidak pernah memeriksa kadar gula darah.

PKG diharapkan dapat menjawab tantangan dan permasalahan kesehatan ini melalui penyediaan layanan skrining sesuai siklus hidup. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kesehatan, sehingga mendorong pencegahan penyakit yang lebih efektif dan penanganan yang lebih terarah.

Dalam Transformasi Layanan Primer yang merupakan salah satu pilar dalam Transformasi Sistem Kesehatan, pelayanan PKG mengedepankan upaya promotif dan preventif kepada seluruh kelompok sasaran siklus hidup melalui pemberian layanan kesehatan gratis dan edukasi untuk memahami hasil pemeriksaan serta langkah-langkah tindak lanjut yang

diperlukan. PKG juga sebagai inovasi baru untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala dan memperluas jangkauan pemeriksaan kesehatan.

Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) adalah upaya strategis yang dirancang oleh pemerintah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan dengan melakukan deteksi dini terhadap kondisi kesehatan yang berpotensi berkembang menjadi penyakit serius sehingga dapat mengurangi beban pelayanan kesehatan rujukan serta meningkatkan produktivitas masyarakat. Pelaksanaan program ini didukung inovasi teknologi kesehatan melalui pemanfaatan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) yaitu Platform SATUSEHAT, Aplikasi SATUSEHAT Mobile (SSM), Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK). Pelaksanaan PKG mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/33/2025 Tentang Petunjuk Teknis Pemeriksaan Kesehatan Gratis Hari Ulang Tahun dan Surat Edaran Menteri dalam Negeri Nomor 400.5.2/290/SJ Tentang Dukungan Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Gratis.

## BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

### B. Tujuan PKG

Tujuan PKG adalah

1. Mengidentifikasi faktor risiko kesehatan agar masyarakat tetap sehat dan tidak berlanjut menyebabkan timbulnya penyakit;
2. Mendeteksi kondisi pra penyakit agar tidak berkembang menjadi penyakit; dan
3. Mendeteksi penyakit lebih awal agar dapat diberikan penanganan yang tepat dan mencegah komplikasi serta menurunkan risiko kecacatan dan kematian.

### C. Rencana Pelaksanaan PKG

Mengacu pada RPJMN Tahun 2025 – 2029, Penyelenggaraan Pemeriksaan Kesehatan Gratis merupakan Kegiatan Prioritas yang mendukung Program Prioritas yaitu Peningkatan Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Pada Rencana Aksi Program Prioritas Janji Presiden Tahun 2025, Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) menjadi tanggung jawab Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer dengan ukuran keberhasilan sebagai berikut:

### D. Capaian dan Kegiatan yang dilaksanakan

Penyelenggaraan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) dilaksanakan secara nasional sejak 10 Februari 2025 (belum termasuk anak sekolah dan remaja). Target sasaran PKG tahun 2025 sebanyak 36% atau 102.759.394 dari 284.346.398 penduduk yang ada di Indonesia mendapat PKG. Sasaran menurut siklus hidup terbagi atas sasaran bayi baru lahir, balita dan anak pra sekolah (1–6 tahun), anak sekolah dan remaja (7–17 tahun), dewasa (18–59 tahun) dan lansia (60 tahun keatas). Hingga saat ini PKG umumnya masih dilaksanakan di puskesmas. PKG pada anak sekolah dan remaja akan

dilaksanakan pada sekitar bulan Juli.

Pencatatan dan pelaporan PKG menggunakan website ASIK yang dapat diinput oleh tenaga kesehatan pemberi layanan PKG. Rakpitulasi hasil pelayanan PKG dapat dipantau melalui dashboard ASIK. Sampai dengan tanggal 30 Juni 2025 didapatkan sebanyak 10.701.483 orang telah menerima pelayanan PKG. Jika dibandingkan dengan sasaran penduduk capaian PKG sebesar 3,8%. Hasil ini lebih rendah dibandingkan dengan target B06 sebesar 5%. sehingga pada cek poin B06 cakupan PKG belum mencapai target. Capaian PKG berdasarkan provinsi sebagai berikut:

Tabel 3.74

Rencana Aksi Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG)

PN/PP/KP/ Renaksi	Kriteria Keberhasilan	Ukuran Keberhasilan	Ukuran Keberhasilan B04/B06/B09/B12	Data Dukung
<b>Prioritas Nasional 4.</b> Memperkuat Pembangunan SDM, Sains, Teknologi, Pendidikan, Kesehatan, Gender serta penguatan peran perempuan dan penyandang disabilitas				
<b>Program Prioritas 1.</b> Peningkatan Kesehatan dan Gizi Masyarakat				
<b>Kegiatan Prioritas 4.</b> Penyelenggaraan pemeriksaan kesehatan gratis				
Rencana Aksi Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG)	Seluruh masyarakat target menerima pemeriksaan kesehatan gratis	Cakupan pemeriksaan kesehatan gratis (102.759.394 atau 36%)	Target B04:	Laporan PKG

Tabel 3.75

Capaian PKG Menurut Provinsi Periode 10 Februari – 30 Juni 2025

Kode - Provinsi	Pelaksanaan PKG di Kabupaten Kota			Pelaksanaan PKG di PKM			Cakupan PKG		
	Total Kako	Jumlah Kako PKG	% Kako yang melaksanakan PKG	Total PKM	Jumlah PKM PKG	% PKM yang melaksanakan PKG	Sasaran	Jumlah Kehadiran	Persentase
11 - Aceh	23	23	100.0	366	359	98.1	5,625,598	42,113	0.7
12 - Sumatera Utara	33	33	100.0	619	595	96.1	15,782,871	532,167	3.4
13 - Sumatera Barat	19	19	100.0	280	272	97.1	5,906,788	345,770	5.9
14 - Riau	12	12	100.0	241	241	100.0	6,816,224	68,487	1.0
15 - Jambi	11	11	100.0	208	202	97.1	3,767,919	35,323	0.9
16 - Sumatera Selatan	17	17	100.0	354	350	98.9	8,937,080	179,154	2.0
17 - Bengkulu	10	10	100.0	179	178	99.4	2,137,436	30,838	1.4
18 - Lampung	15	15	100.0	322	322	100.0	9,522,921	74,821	0.8
19 - Kepulauan Bangka Belitung	7	7	100.0	64	64	100.0	1,549,232	59,909	3.9
21 - Kepulauan Riau	7	7	100.0	96	96	100.0	2,213,505	15,295	0.7
31 - DKI Jakarta	6	6	100.0	44	44	152.3	10,682,588	50,595	0.5
32 - Jawa Barat	27	27	100.0	1,106	1,106	100.0	50,730,313	1,304,567	2.6
33 - Jawa Tengah	35	35	100.0	881	881	100.0	38,207,666	4,177,270	10.9
34 - Yogyakarta	5	5	100.0	121	121	100.0	3,780,482	59,756	1.6
35 - Jawa Timur	38	38	100.0	973	973	100.0	42,061,689	2,329,472	5.5

Kode - Provinsi	Pelaksanaan PKG di Kabupaten Kota			Pelaksanaan PKG di PKM			Cakupan PKG		
	Total Kako	Jumlah Kako PKG	% Kako yang melaksanakan PKG	Total PKM	Jumlah PKM PKG	% PKM yang melaksanakan PKG	Sasaran	Jumlah Kehadiran	Persentase
36 - Banten	8	8	100.0	253	253	100.0	12,545,610	208,819	1.7
51 - Bali	9	9	100.0	120	120	100.0	4,456,191	20,968	0.5
52 - Nusa Tenggara Barat	10	10	100.0	177	177	100.0	5,733,596	46,705	0.8
53 - Nusa Tenggara Timur	22	22	100.0	440	427	97.0	5,746,799	72,257	1.3
61 - Kalimantan Barat	14	14	100.0	249	247	99.2	5,762,186	53,760	0.9
62 - Kalimantan Tengah	14	14	100.0	205	195	95.1	2,840,780	28,950	1.0
63 - Kalimantan Selatan	13	13	100.0	242	241	99.6	4,326,135	51,625	1.2
64 - Kalimantan Timur	10	10	100.0	188	175	93.1	4,275,404	44,622	1.0
65 - Kalimantan Utara	5	5	100.0	58	49	84.5	748,240	16,387	2.2
71 - Sulawesi Utara	15	15	100.0	201	195	97.0	2,721,498	32,804	1.2
72 - Sulawesi Tengah	13	13	100.0	219	214	97.7	3,158,608	17,977	0.6
73 - Sulawesi Selatan	24	24	100.0	474	469	98.9	9,553,146	282,253	3.0
74 - Sulawesi Tenggara	17	17	100.0	308	308	100.0	2,836,098	190,449	6.7
75 - Gorontalo	6	6	100.0	95	95	100.0	1,240,875	182,717	14.7
76 - Sulawesi Barat	6	6	100.0	98	97	99.0	1,525,418	13,072	0.9
81 - Maluku	11	11	100.0	241	173	71.8	1,967,478	21,274	1.1
82 - Maluku Utara	10	10	100.0	150	149	99.3	1,373,250	59,000	4.3
91 - Papua	9	9	100.0	123	78	63.4	1,078,414	4,985	0.5
92 - Papua Barat	7	7	100.0	80	55	68.8	587,172	3,717	0.6
93 - Papua Selatan	4	4	100.0	85	76	89.4	554,217	31,212	5.6
94 - Papua Tengah	8	8	100.0	125	62	49.6	1,484,571	2,729	0.2
95 - Papua Pegunungan	8	3	37.5	179	22	12.3	1,474,168	1,195	0.1
96 - Papua Barat Daya	6	6	100.0	104	90	86.5	634,232	8,469	1.3
<b>Indonesia</b>	<b>514</b>	<b>509</b>	<b>99.0</b>	<b>10268</b>	<b>9,771</b>	<b>95.4</b>	<b>284,346,398</b>	<b>10,701,483</b>	<b>3.8</b>

Dari 38 provinsi di Indonesia seluruhnya sudah melaksanakan PKG, namun dari 14 kabupaten/kota masih ada 5 kabupaten/kota yang belum melaksanakan, yaitu Pegunungan Bintang, Yahukimo, Yalimo, Lanny Jaya dan Nduga yang seluruhnya ada di provinsi Papua Pegunungan. Dari 10.268 puskesmas, yang sudah melaksanakan PKG sebanyak 9.771 (95,2%) puskesmas. Provinsi dengan cakupan PKG tertinggi di Provinsi Gorontalo (14,7%) dan Jawa Tengah (10,9%), sedangkan terendah adalah Papua Pegunungan (0,1%) dan Papua Tengah(0,2%).

Meskipun belum mencapai target, pelaksanaan PKG menunjukkan peningkatan yang cukup baik,

### E. Permasalahan dan Kendala dalam Pencapaian

Melihat pada target cakupan PKG yang belum tercapai, menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan PKG masih ditemukan tantangan, diantaranya terkait:

#### 1. Pencatatan Pelaporan dan aplikasi

a. Pencatatan dan pelaporan (captor) saat ini menjadi tantangan yang paling besar. Website ASIK belum terintegrasi dengan Sistem Informasi Puskesmas (simpus) dan P-Care sehingga pencatatan masih dilakukan secara terpisah.

b. Pada daerah dengan akses internet yang sulit pencatatan secara online menjadi kendala, karena input dilakukan secara manual terlebih dahulu dan akan diinput secara online jika sinyal internet baik. Hal ini menambah beban kerja tenaga kesehatan.

c. Selain kendala integrasi dan sinyal, NIK peserta PKG yang tidak ditemukan saat diinput menyebabkan data peserta PKG tidak dapat diinput segera. hal ini dikarenakan peraturan dukcapil yang mengharuskan sinkronisasi NIK menggunakan 4 unsur variabel. Sehingga apabila tidak tepat pengetikan huruf/angka maka NIK pasien tidak ditemukan.

d. Kendala teknis lainnya pada website ASIK seperti akun ASIK belum dapat diakses serta fitur lainnya sedikit menghambat dalam input data.

#### 2. Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan Alat Kesehatan (Alkes)

a. BMHP menjadi bagian penting dalam pelayanan PKG. Peningkatan jumlah sasaran yang diperiksa tentu membutuhkan tambahan BMHP dari alokasi sebelumnya. Sementara usulan BMHP melalui dana DAK non fisik

belum dapat terealisasi. Selain BMHP, beberapa alkes tertentu juga belum tersedia sehingga paket pemeriksaan tidak seluruhnya dapat diberikan.

b. Kementerian kesehatan telah mengupayakan pemenuhan BMHP, namun untuk tahap ini belum seluruhnya dapat dialokasikan kepada daerah yang membutuhkan

#### 3. Minat Masyarakat dan promosi

a. Kurangnya minat masyarakat terhadap PKG menjadi tantangan yang mendasar dan menunjukkan perlunya promosi PKG secara masiv dan terus menerus. selain itu pemeriksaan yang tidak lengkap mungkin juga membuat masyarakat kurang antusias mengikuti PKG

b. Beberapa daerah mengeluhkan kurangnya komitmen pemerintah daerah, sehingga PKG dianggap tidak penting.

#### 4. Promosi dan sosialisasi lintas sektor

Kegiatan PKG akan berjalan optimal apabila didukung secara pentahelix. Sosialisasi PKG masih terbatas internal sektor kesehatan atau masyarakat terbatas. Belum semua pengambil kebijakan di lintas sektor memahami tentang program PKG ini.

#### **5. Sumber Daya Manusia (SDM) dan beban kerja**

SDM di puskesmas masih kurang secara jumlah maupun jenis terutama untuk daerah pedesaan dan terpencil. Keterbatasan SDM sangat mempengaruhi pelayanan di puskesmas. program PKG akan menambah jumlah kunjungan pasien yang harus dilayani sehingga puskesmas perlu menyesuaikan dengan ketersediaan SDM yang ada. Rangkap kerja di puskesmas juga akan mempengaruhi kualitas layanan PKG yang diberikan, pemberian edukasi mungkin akan dilakukan singkat dan terbatas.

#### **6. Kendala teknis/umum**

- a. Puskesmas membedakan alur PKG berbeda dengan pelayanan umum di puskesmas. dengan demikian membutuhkan SDM yang lebih banyak.
- b. masih terbatasnya akses internet di beberapa wilayah

#### **F. Upaya Solusi**

Dalam upaya meningkatkan cakupan PKG, Kementerian Kesehatan bersama lintas sektor terkait, dan daerah secara berkala melakukan pendampingan dan monitoring evaluasi. Pendampingan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dengan pendekatan koordinator wilayah binaan provinsi yang

terbagi di unit eselon 2. terkait tantangan yang ditemukan upaya yang telah dan akan dilakukan adalah sebagai berikut:

#### **1. Pencatatan Pelaporan dan aplikasi**

- a. Integrasi sistem informasi puskesmas bersama tim pusat data dan teknologi informasi kementerian kesehatan dan melibatkan lintas sektor seperti BPJS untuk P-care dan Simpus dengan penyedia RME
- b. Menyiapkan website ASIK offline bagi daerah dengan akses internet terbatas. apabila sinyal internet stabil dapat dilakukan upload data. sedangkan untuk wilayah dengan akses internet yang sangat sulit dapat menggunakan form manual standar yang sudah disiapkan
- c. Koordinasi dengan dukcapil, kemendagri terkait sinkronisasi NIK agar tidak menggunakan 4 unsur variabel agar lebih mempercepat penemuan NIK individu yang diinput
- d. Penyempurnaan fitur website ASIK agar lebih mudah digunakan, mengembangkan dashboard agar data PKG lebih optimal dimanfaatkan
- e. Sosialisasi/refreshing pencatatan PKG secara berkala

#### **2. Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan Alat Kesehatan (Alkes)**

- a. melakukan desk secara berkala antara pusat dan daerah.
- b. menyediakan informasi Penyediaan BMHP yang dapat diakses oleh daerah
- c. pemenuhan BMHP melalui banper dan mengalokasikan sesuai kebutuhan dilakukan lebih cepat terutama untuk wilayah dengan peserta PKG yang tinggi.
- d. Penyediaan alat kesehatan dan distribusi alat menggunakan SOPHI INPULS

#### **3. Minat Masyarakat dan promosi**

- a. Menjadikan PKG sebagai syarat akses layanan social
- b. edukasi mafaat PKG melalui media local. kader, tokoh setempat
- c. pelaksanaan PKG dengan pendekatan komunitas yang bermitra dengan sektor usaha, pendidikan dan lainnya.

#### **4. Promosi dan sosialisasi lintas sektor**

- a. kolaborasi promosi lintas sektor bersama pemerintah desa, OPD dan mitra
- b. melibatkan tokoh masyarakat
- c. melakukan evaluasi bersama kemendagri untuk pelaksanaan SE mendagri tentang dukungan PKG

#### **5. Sumber Daya Manusia (SDM) dan beban kerja**

- a. penambahan SDM melalui BOK atau sumber dan lain yang sah di daerah
- b. pengaturan jadwal nakes untuk pelayanan

#### **6. Kendala teknis/umum**

- a. integrasi PKG dengan layanan rutin untuk efisiensi waktu
- b. sediakan sistem offline untuk input data

3.4 Realisasi Anggaran

3.4.1 Realisasi DIPA  
Kementerian Kesehatan  
Tahun 2025

Gambaran alokasi dan realisasi anggaran kementerian Kesehatan Tahun 2020 sampai dengan semester I tahun 2025 digambarkan sebagai berikut:

Realisasi tahun 2020 untuk semua jenis belanja mencapai 95,49% atau sebesar Rp 102.207.399.746.493. dari total pagu sebesar Rp 107.033.608.465.000. 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 Rp 208.317.674.868.245. dari total pagu sebesar Rp 214.443.818.867.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Langsung Luar Negeri, dan Hibah Langsung Dalam Negeri.

Realisasi tahun 2022 untuk semua jenis belanja mencapai 92,64%. Di mana alokasi sebesar Rp 130.679.812.498.000, terealisasi Rp 121.059.058.525.501. 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 Rp 94.561.148.260.690,00 atau 97,04% dari anggaran belanja sebesar Rp 97.443.047.990.000,00 (sumber: Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan Tahun 2023, Unaudited).

Realisasi belanja Kementerian Kesehatan Tahun 2024 adalah sebesar Rp 94.947.201.075.394,00 atau 95,07% dari total alokasi anggaran sebanyak Rp 99.866.882.949.000,00 (sumber: Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kementerian Keuangan tanggal 14 Januari 2025).

Realisasi belanja Kementerian Kesehatan sampai dengan Semester I Tahun 2025 adalah sebesar Rp 38.116.098.210.479,00 atau 35,14% dari total alokasi anggaran sebanyak

Rp108.462.865.200.000,00 (sumber: Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kementerian Keuangan tanggal 30 Juni 2025).

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan berdasarkan jenis belanja tahun semester I 2025, untuk belanja pegawai terealisasi Rp 3.167.943.860.695 atau 55,20% dari total alokasi Rp 5.739.366.466.000. Adapun untuk belanja barang direalisasikan Rp 10.931.298.421.259 atau 21,67% dari total anggaran Rp 50.436.473.250.000. Adapun untuk belanja modal terealisasi sebesar Rp 841.111.885.625 atau sebesar 14,44% dari total anggaran Rp 5.823.025.484.000. Sedangkan untuk belanja bantuan sosial terealisasi sebesar Rp 23.175.744.042.900 atau sebesar 49,88% dari total anggaran Rp 23.175.744.042.900.

Tabel 3.76

Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan  
Tahun 2020 – Semester I Tahun 2025

(Rupiah)

Tahun Anggaran	Alokasi	Realisasi	%
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
<b>Semester I 2025</b>	<b>108.462.865.200.000</b>	<b>38.116.098.210.479</b>	<b>35,14</b>

Tabel 3.77

Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja  
menurut Jenis Belanja Semester I Tahun 2025

(Rupiah)

Kode Akun	Jenis Belanja	Anggaran	Realisasi	%
51	Belanja Pegawai	5.739.366.466.000	3.167.943.860.695	55,20
52	Belanja Barang	50.436.473.250.000	10.931.298.421.259	21,67
53	Belanja Modal	5.823.025.484.000	841.111.885.625	14,44
57	Belanja Bantuan Sosial	46.464.000.000.000	23.175.744.042.900	49,88
<b>Jumlah</b>		<b>108.462.865.200.000</b>	<b>38.116.098.210.479</b>	<b>35,14</b>

Sumber: Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kementerian Keuangan per 30 Juni 2025)

Tabel 3.78

Anggaran dan Realisasi Belanja Menurut Program Semester I Tahun 2025

(Rupiah)

Program	Anggaran	Realisasi	%
Program Kesehatan Masyarakat	2.391.980.207.000	22.232.881.534	0,93
Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	85.645.792.240.000	33.219.561.917.286	38,79
Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi	3.176.721.573.000	888.303.003.327	27,96
Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	8.311.322.564.000	196.693.687.757	2,37
Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan	257.480.455.000	17.825.124.482	6,92
Program Dukungan Manajemen	8.679.568.161.000	3.771.481.596.093	43,45
<b>Jumlah Belanja</b>	<b>108.462.865.200.000</b>	<b>38.116.098.210.479</b>	<b>35,14</b>

(sumber: Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kementerian Keuangan per 30 Juni 2025)

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan menurut program Semester I Tahun 2025 meliputi program kesehatan masyarakat terealisasi Rp22.232.881.534 atau 0,93% dari total alokasi Rp2.391.980.207.000, untuk Program Pelayanan Kesehatan dan JKN direalisasikan Rp33.219.561.917.286 atau 38,79% dari total anggaran Rp85.645.792.240.000, untuk Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi terealisasi sebesar Rp888.303.003.327 atau sebesar 27,96% dari total anggaran Rp3.176.721.573.000, untuk program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terealisasi Rp196.693.687.757 atau 2,37% dari total anggaran Rp8.311.322.564.000, untuk Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan terealisasi Rp17.825.124.482 atau 6,92% dari

total anggaran Rp257.480.455.000. Adapun untuk Program Dukungan Manajemen terealisasi sebesar Rp3.771.481.596.093 atau 43,45% dari total anggaran Rp8.679.568.161.000.

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan menurut unit eselon I Semester I Tahun 2025 meliputi Sekretariat Jenderal terealisasi Rp24.968.212.636.359 atau 48,40% dari total alokasi Rp 51.591.893.780.000, untuk Inspektorat Jenderal direalisasikan Rp7.918.542.476 atau 27,68% dari total anggaran Rp28.609.520.000, untuk Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas terealisasi sebesar Rp215.944.085.514 atau sebesar 4,98% dari total anggaran Rp4.332.350.801.000, untuk Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan terealisasi Rp9.511.759.879.647 atau 31,60% dari

Tabel 3.79

Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja Menurut Unit Eselon I Semester I Tahun 2025

(Rupiah)

Eselon I	Jenis Belanja	Anggaran	Realisasi	%
<b>Setjen</b>	Belanja Pegawai	1.207.090.425.000	567.550.738.742	47,02
	Belanja Barang	3.876.427.236.000	1.222.086.319.747	31,53
	Belanja Modal	44.376.119.000	2.831.534.970	6,38
	Belanja Bantuan Sosial	46.464.000.000.000	23.175.744.042.900	49,88
<b>Jumlah</b>		<b>51.591.893.780.000</b>	<b>24.968.212.636.359</b>	<b>48,40</b>
<b>Itjen</b>	Belanja Barang	28.609.520.000	7.918.542.476	27,68
	<b>Jumlah</b>	<b>28.609.520.000</b>	<b>7.918.542.476</b>	<b>27,68</b>
<b>Ditjen Kesprimkom</b>	Belanja Pegawai	201.297.979.000	567.550.738.742	47,02
	Belanja Barang	3.737.324.454.000	1.222.086.319.747	31,53
	Belanja Modal	393.728.368.000	2.831.534.970	6,38
	Belanja Bansos	46.464.000.000.000	23.175.744.042.900	49,88
<b>Jumlah</b>		<b>4.332.350.801.000</b>	<b>215.944.085.514</b>	<b>4,98</b>
<b>Ditjen Keslan</b>	Belanja Pegawai	2.612.368.846.000	1.606.846.594.289	61,51
	Belanja Barang	22.706.517.425.000	7.104.040.252.164	31,29
	Belanja Modal	4.781.059.220.000	800.873.033.194	16,75
<b>Jumlah</b>		<b>30.099.945.491.000</b>	<b>9.511.759.879.647</b>	<b>31,60</b>
<b>Ditjen P2</b>	Belanja Pegawai	513.467.599.000	270.108.867.779	52,60
	Belanja Barang	6.614.713.433.000	139.903.108.391	2,12
	Belanja Modal	27.852.884.000	4.302.473.005	15,45
<b>Jumlah</b>		<b>7.156.033.916.000</b>	<b>414.314.449.175</b>	<b>5,79</b>
<b>Ditjen Farmalkes</b>	Belanja Pegawai	50.488.307.000	31.973.045.981	63,33
	Belanja Barang	9.414.004.000.000	1.246.513.504.537	13,24
	Belanja Modal	218.517.677.000	13.596.841.499	6,22
<b>Jumlah</b>		<b>9.683.009.984.000</b>	<b>1.292.083.392.017</b>	<b>13,34</b>

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Eselon I	Jenis Belanja	Anggaran	Realisasi	%
Badan KPK	Belanja Barang	338.886.930.000	34.967.579.227	10,32
	Belanja Modal	1.093.034.000	50.405.300	4,61
<b>Jumlah</b>		<b>339.979.964.000</b>	<b>35.017.984.527</b>	<b>10,30</b>
Ditjen SDMK	Belanja Pegawai	1.154.653.310.000	589.090.237.311	51,02
	Belanja Barang	3.719.990.252.000	1.063.366.007.443	28,59
	Belanja Modal	356.398.182.000	18.390.996.010	5,16
<b>Jumlah</b>		<b>5.231.041.744.000</b>	<b>1.670.847.240.764</b>	<b>31,94</b>
<b>Total</b>		<b>108.462.865.200.000</b>	<b>38.116.098.210.479</b>	<b>35,14</b>

(sumber: Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kementerian Keuangan per 30 Juni 2025)

total anggaran Rp30.099.945.491.000, untuk Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit terealisasi Rp414.314.449.175 atau 5,79% dari total anggaran Rp7.156.033.916.000, untuk Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan terealisasi Rp1.292.083.392.017 atau 13,34% dari total anggaran Rp9.683.009.984.000, untuk Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan terealisasi sebesar Rp35.017.984.527 atau 10,30% dari total anggaran Rp339.979.964.000, adapun untuk Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan terealisasi Rp1.670.847.240.764 atau 31,94% dari total anggaran Rp5.231.041.744.000.



Bab IV

## Penutup

Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Semester I Tahun 2025 disusun sebagai bentuk akuntabilitas dan pertanggungjawaban Kementerian Kesehatan secara berkala dan merupakan laporan masa transisi periode pembangunan jangka menengah. Di mana Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Semester I Tahun 2025 disusun pada tahun pertama periode Renstra Tahun 2025–2029.

**P**enyusunan LAKIP Semester I tahun 2025 dilakukan saat belum ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029. Adapun penyajian laporan akuntabilitas kinerja ini merupakan capaian Perjanjian Kinerja yang menyampaikan analisis berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2025. Yakni menggunakan Indikator Sasaran Strategis tahun 2024 yang merupakan tahun terakhir pada periode Renstra tahun 2020–2024 dan capaian indikator sasaran strategis pada rancangan Renstra 2025–2029.

Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Semester I Tahun 2025 disusun sebagai bentuk

akuntabilitas dan pertanggungjawaban Kementerian Kesehatan secara berkala dan merupakan laporan masa transisi periode pembangunan jangka menengah. Di mana Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Semester I Tahun 2025 disusun pada tahun pertama periode Renstra Tahun 2025–2029.

Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Semester I Tahun 2025 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. Serta keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2024 tentang Pedoman Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan capaian kinerja Semester I Tahun 2025 masih diperlukan upaya-upaya lebih lanjut untuk mencapai sasaran strategis dan Indikator Sasaran Strategis yang merupakan Indikator Kinerja Utama (IKU) Kementerian Kesehatan.

Delapan Misi Asta Cita kepemimpinan Presiden Prabowo Subianto tahun 2024–2029, yang mencakup berbagai aspek pembangunan nasional memuat misi pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM). Pembangunan SDM ini ditujukan untuk menciptakan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, dan berdaya saing di tingkat global.

Kementerian Kesehatan memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan tiga dari delapan Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) yaitu pembangunan rumah sakit lengkap berkualitas di seluruh kabupaten di Indonesia, penurunan kasus tuberkulosis sebanyak 50% dalam 5 tahun, dan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG).

Kegiatan PKG menekankan pentingnya peran aktif masyarakat dalam menjaga kesehatannya sebagai bagian dari upaya

mewujudkan masyarakat yang lebih sehat dan sadar akan pentingnya pencegahan dini. Melalui PKG, diharapkan masyarakat dapat termotivasi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia dengan akses yang lebih mudah untuk pelayanan kesehatan berkualitas.

Cakupan PKG pada Semester I Tahun 2025 belum mencapai target. Cakupan PKG sebesar 3,8% dari target 5%, sehingga perlu terus dilakukan pendampingan secara konsisten dan mengupayakan inovasi dalam upaya peningkatan cakupan PKG. Adapun 22 RSUD telah mulai dilakukan pembangunan dari target total 32 RSUD lengkap berkualitas di 2025 sebagai langkah awal yang nyata untuk memastikan masyarakat di pelosok mendapatkan layanan kesehatan setara dengan daerah lain.

Pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024 terdapat 35 Indikator Kinerja pada 17 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2025. Sedangkan pada rancangan rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025–2029 terdiri dari 33 Indikator Kinerja pada 7 Sasaran Strategis. Dalam rangka akuntabilitas kinerja, seluruh Indikator Kinerja tersebut telah dijelaskan pada Laporan Kinerja Semester I tahun 2025 meliputi definisi operasional, cara perhitungan,

analisa pencapaian terhadap target yang telah ditetapkan, kegiatan yang telah dilaksanakan beserta hambatan atau kendala dalam mencapai target. Tidak lupa upaya solutif serta rencana tindak lanjut yang akan dilaksanakan pada semester berikutnya dan tahun-tahun yang akan datang.

Beberapa hal yang menjadi kendala pencapaian target pada Semester I tahun 2025 di antaranya adalah terjadinya efisiensi anggaran. Kemudian masih adanya kekhawatiran masyarakat untuk mendatangi fasilitas kesehatan terutama untuk penyakit-penyakit seperti TBC dan penyakit menular lainnya. 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. Pandemi COVID-19 beberapa tahun yang lalu memberikan dampak kepada perekonomian dan kesejahteraan masyarakat dan rendahnya minat tenaga kesehatan tertentu untuk bekerja sebagai PPPK di lokasi khusus.

**Upaya yang dapat dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk mendorong pencapaian target pada tahun 2025 di antaranya dengan:**

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 Satu Sehat Logistik SMILE dalam pengendalian ketersediaan secara berjenjang untuk mengantisipasi kekurangan/kekosongan (*stock out*) dan/atau *over stock*.
6. Berbagai upaya dilakukan untuk meningkatkan pemenuhan tenaga kesehatan, seperti penempatan dokter/dokter gigi di lokus prioritas melalui penugasan khusus, penempatan dokter *internship* di Puskesmas tanpa pendamping, serta sosialisasi program penugasan khusus.

**Gunamengakselerasi upaya pengurangan penderita TBC akan dilakukan upaya antara lain:**

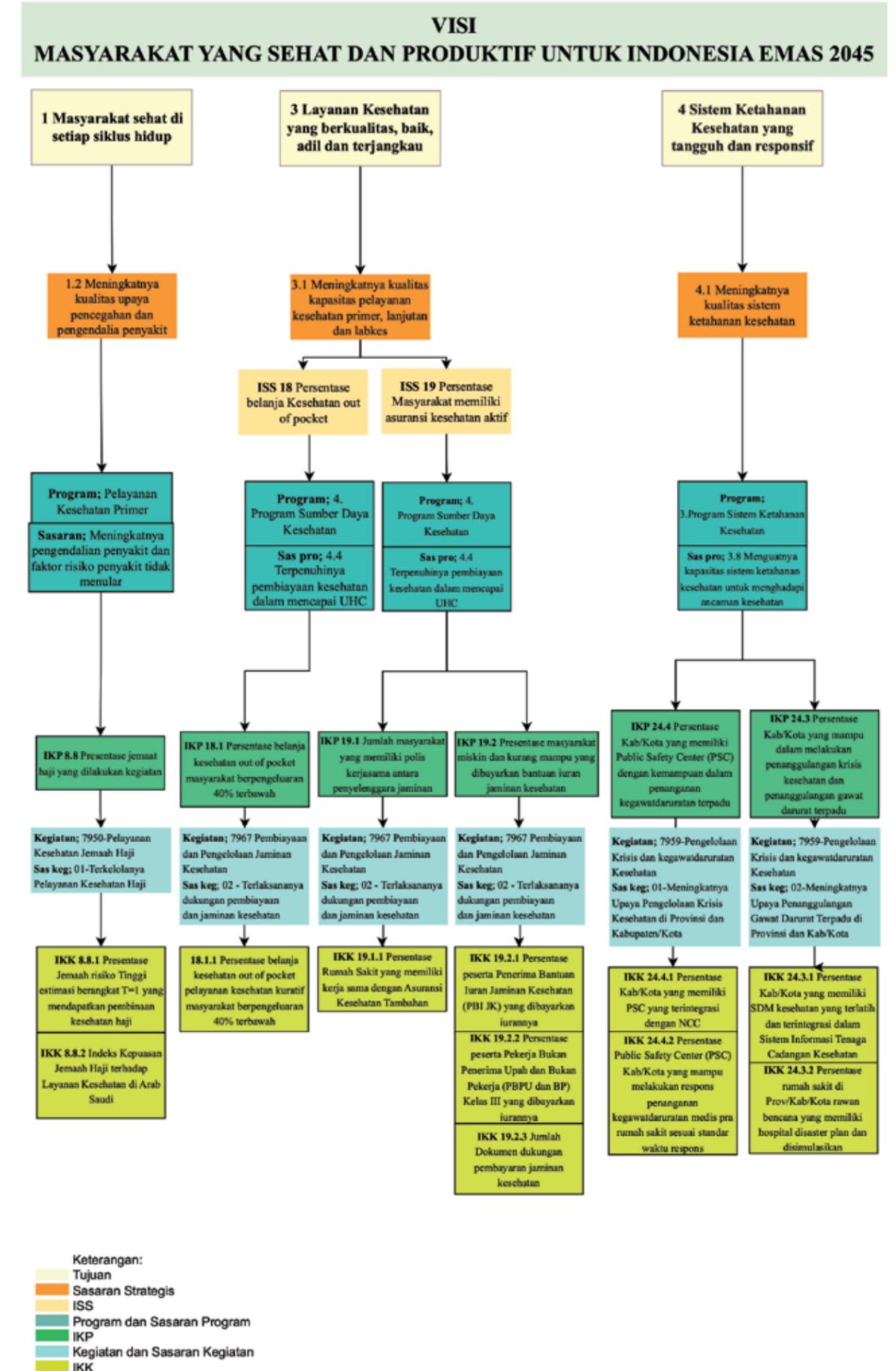
1. Integrasi pelaksanaan Active Case Finding dengan Terapi Pencegahan TBC (TPT).
2. Mengintegrasikan sistem informasi TBC melalui Satu Sehat TB dan data e claim, Satu Sehat TB dan Rekam Medis Elektronik (RME), Satu Sehat TB dan Pcare, Satu Sehat TB dan seluruh laboratorium sehingga kelengkapan pelaporan TB meningkat.
3. Meningkatkan layanan pengobatan TBC pada faskes pemerintah dan faskes swasta di provinsi dengan bebantinggi.
4. Memberikan dukungan enabler bagi pasien TB Resisten Obat (TBRO).

Perbaikan kinerja 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 dengan:

1. Meningkatkan kualitas monitoring dan evaluasi sehingga hasilnya dapat digunakan sebagai masukan atau perbaikan dalam pelaksanaan kegiatan dan pencapaian target pada tahun selanjutnya.
2. 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.
3. Melakukan kolaborasi dengan pihak eksternal yakni perusahaan teknologi kesehatan, universitas untuk mendorong inovasi digital.

Laporan Kinerja Semester I tahun 2025 ini diharapkan dapat memberikan informasi yang transparan dan akuntabel bagi semua pemangku kepentingan atau *stakeholders* Kementerian Kesehatan terhadap pencapaian kinerja Kementerian Kesehatan pada awal tahun 2025. Diharapkan pula Laporan Kinerja ini akan dapat menjadi bahan evaluasi dalam rangka meningkatkan pengelolaan kinerja Kementerian Kesehatan di tahun-tahun selanjutnya.

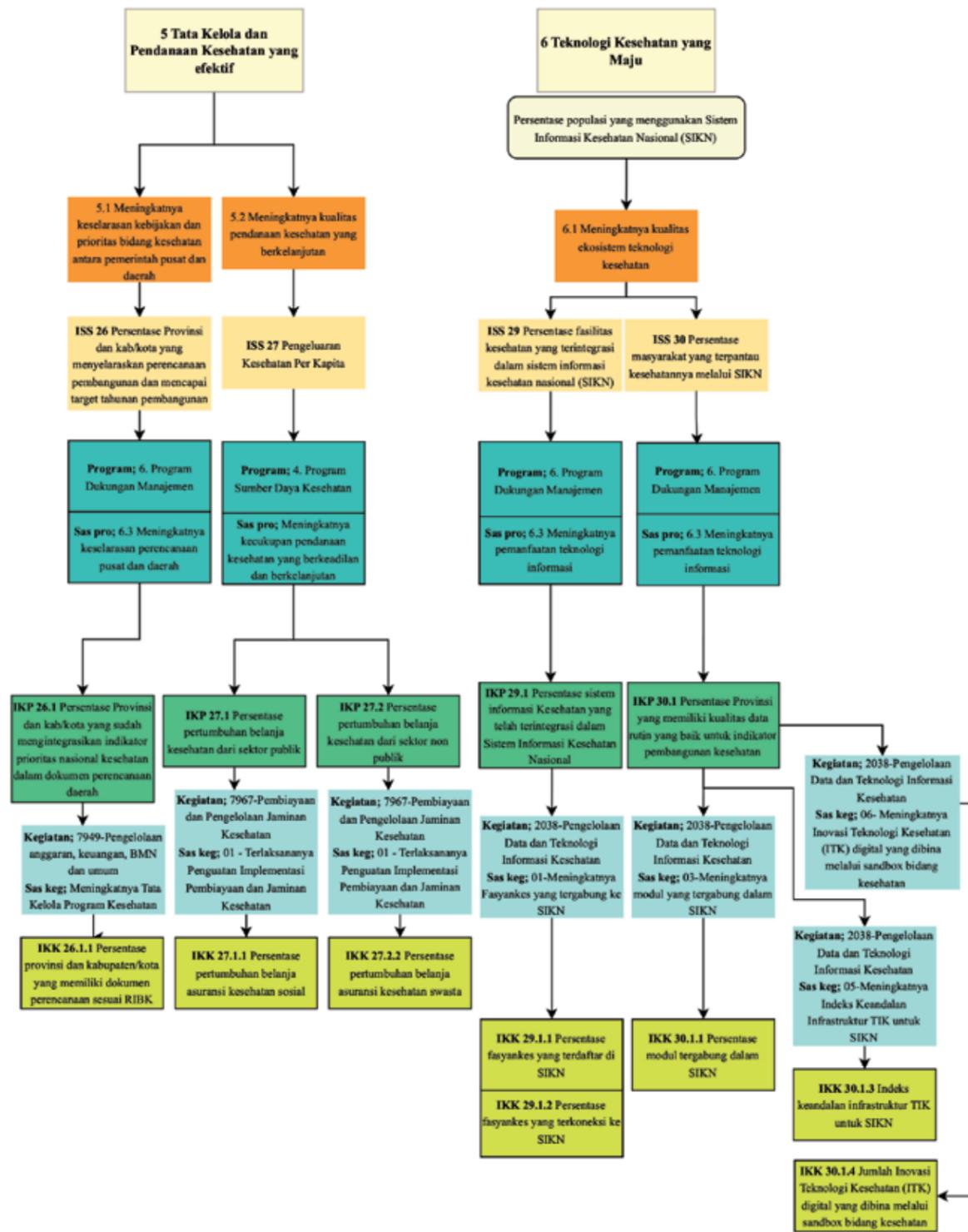
# 1. Sekretariat Jenderal



Berikut Untuk Urutan Pohon Kinerja

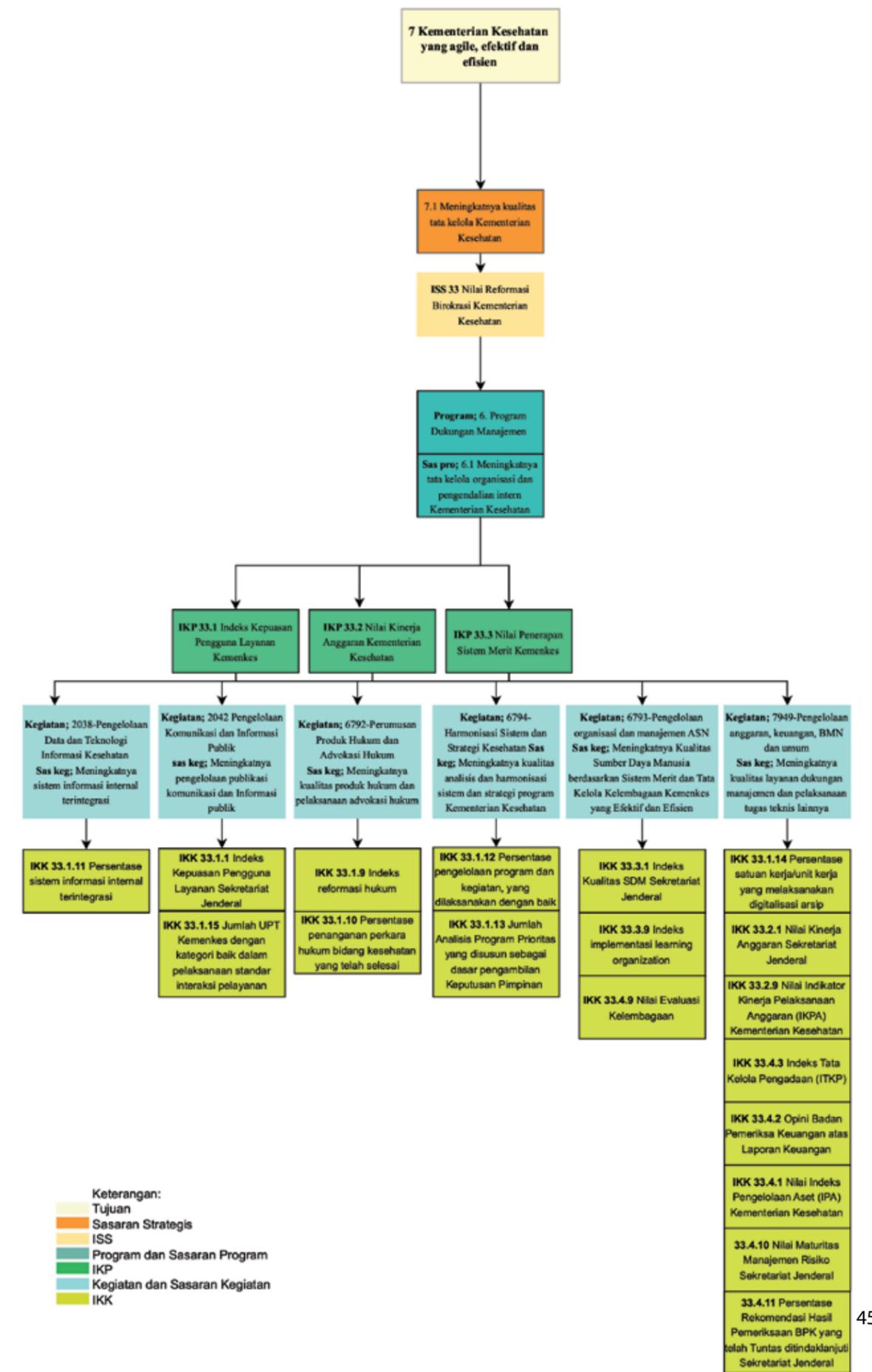
1. Sekretariat Jenderal
2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas
4. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit
5. Direktorat Jenderal Farmasi Dan Alat Kesehatan
6. Direktorat Jenderal Sdm Kesehatan
7. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
8. Inspektorat Jenderal

# VISI MASYARAKAT YANG SEHAT DAN PRODUKTIF UNTUK INDONESIA EMAS 2045



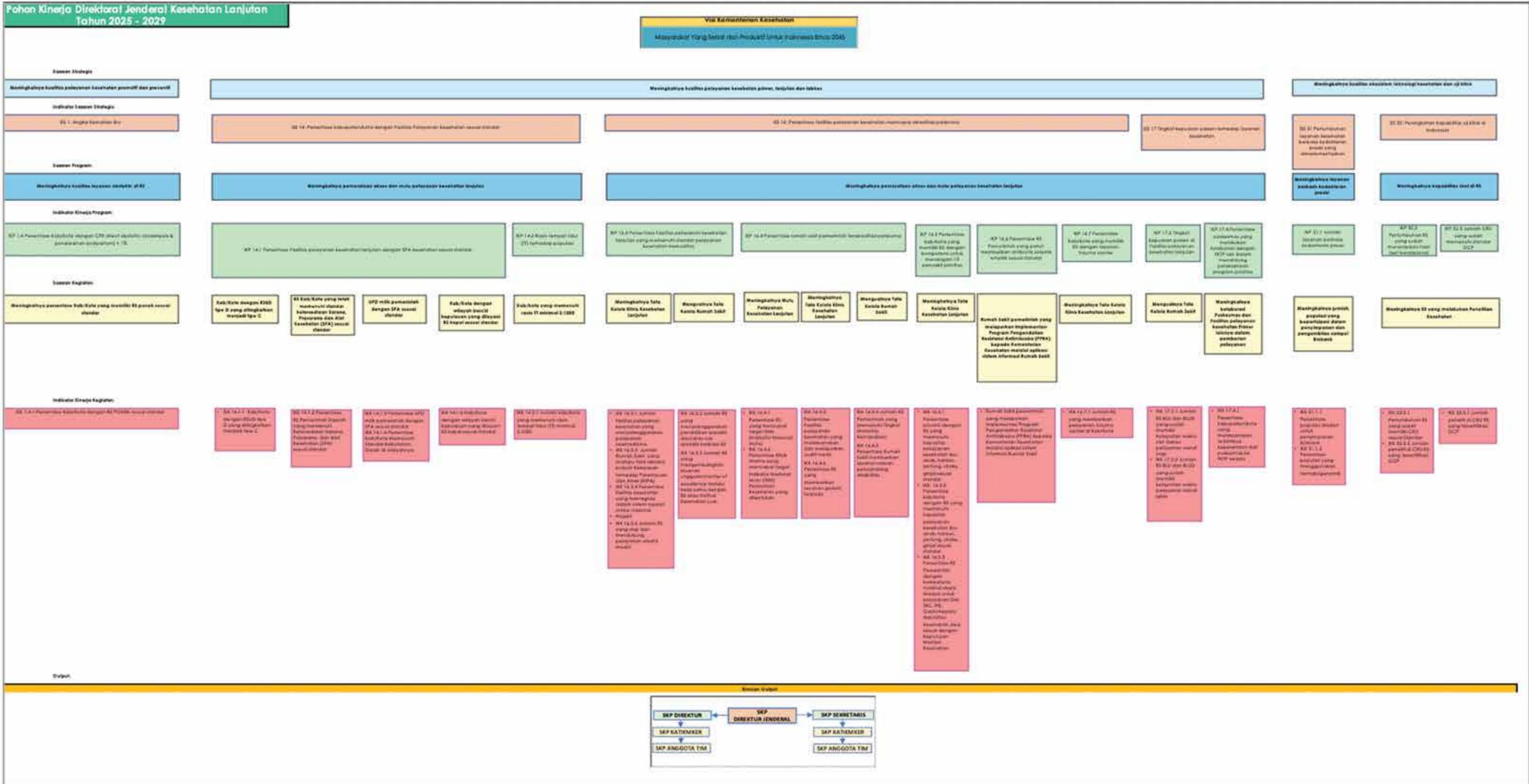
**Keterangan:**  
 Tujuan  
 Sasaran Strategis  
 ISS  
 Program dan Sasaran Program  
 IKP  
 Kegiatan dan Sasaran Kegiatan  
 IKK

# VISI MASYARAKAT YANG SEHAT DAN PRODUKTIF UNTUK INDONESIA EMAS 2045



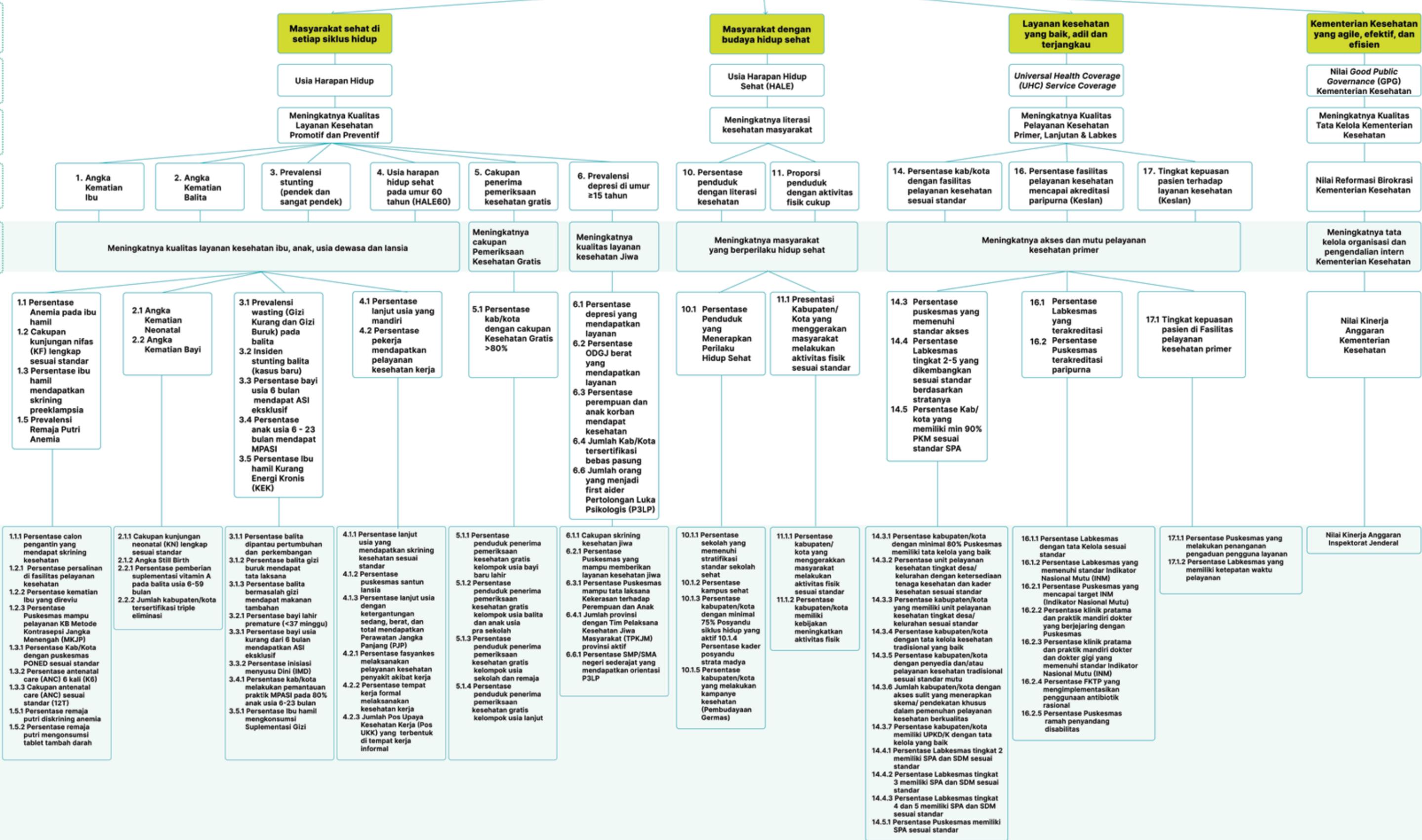
**Keterangan:**  
 Tujuan  
 Sasaran Strategis  
 ISS  
 Program dan Sasaran Program  
 IKP  
 Kegiatan dan Sasaran Kegiatan  
 IKK

## 2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan



# POHON KINERJA DITJEN KESPRIMKOM

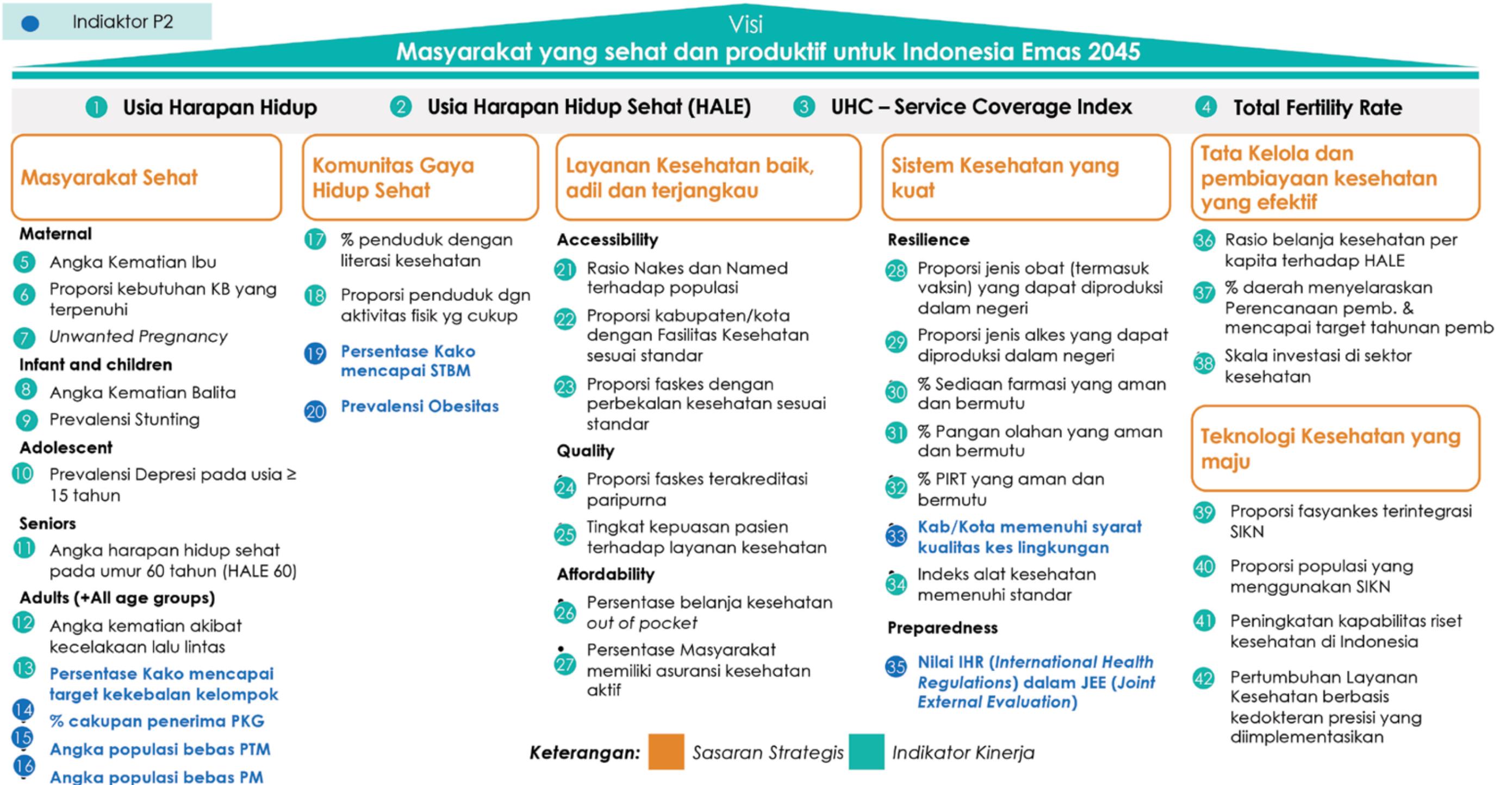
Tujuan  
Indikator Tujuan  
Sasaran Strategis  
Indikator Sasaran Strategis  
Sasaran Program



4. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit

# Indikator Kinerja untuk mencapai visi dan sasaran strategis RIBK/ Renstra 2025-2029

Terdapat *cascading* indikator kinerja level program dan kegiatan untuk mengukur keberhasilan pembangunan kesehatan



# Visi Masyarakat yang sehat dan produktif untuk Indonesia Emas 2045

1 Usia Harapan Hidup

2 Usia Harapan Hidup Sehat (HALE)

3 UHC – Service Coverage Index

4 Total Fertility Rate

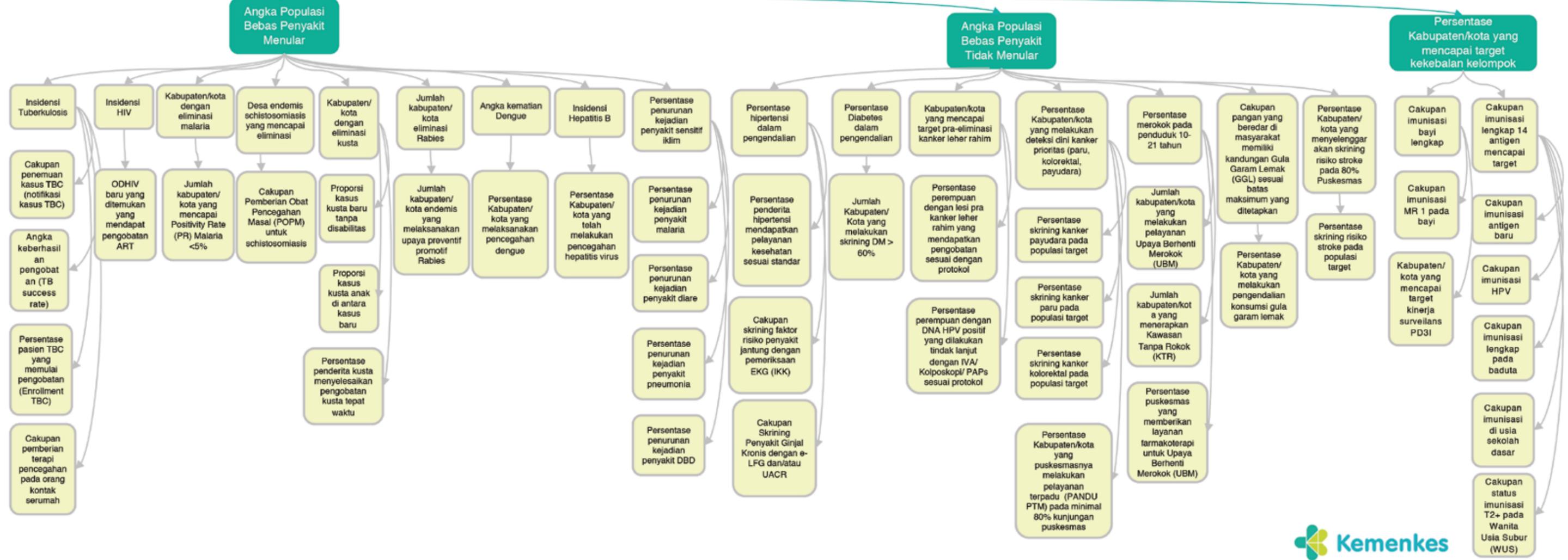
Masyarakat Sehat

Komunitas Gaya Hidup Sehat

Layanan Kesehatan baik, adil dan terjangkau

Sistem Kesehatan yang kuat

Tata Kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif



# Visi

## Masyarakat yang sehat dan produktif untuk Indonesia Emas 2045

### 1 Usia Harapan Hidup

### 2 Usia Harapan Hidup Sehat (HALE)

### 3 UHC – Service Coverage Index

### 4 Total Fertility Rate

Masyarakat Sehat

Komunitas Gaya Hidup Sehat

Layanan Kesehatan baik, adil dan terjangkau

Sistem Kesehatan yang kuat

Tata Kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif

Kabupaten/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Prevalensi obesitas >18 tahun

Kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan

Nilai Kapasitas IHR dalam JEE

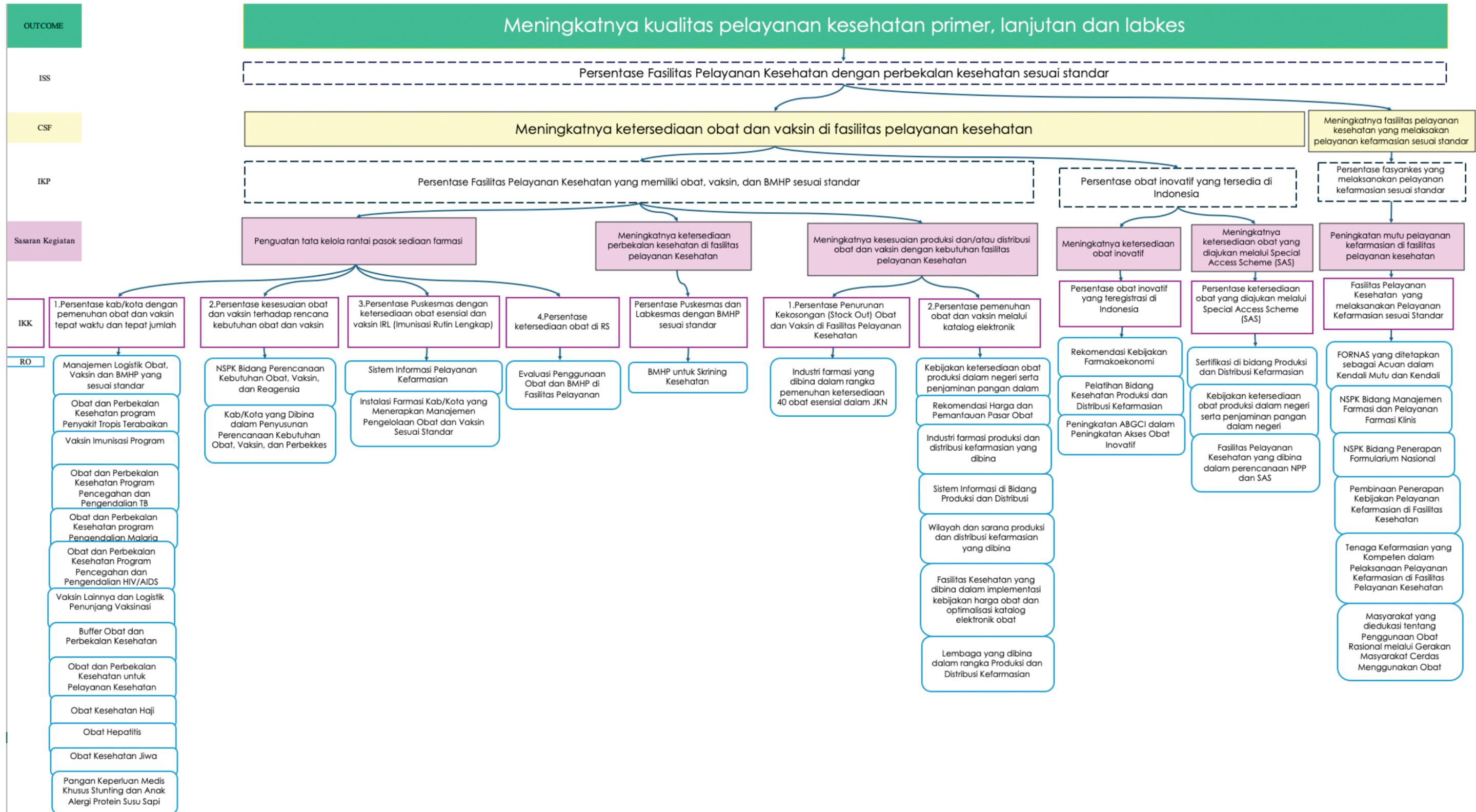
- Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
- Rumah Tangga yang mempraktikkan BABS di tempat terbuka
- Persentase Kabupaten/kota dengan Kepala Keluarga berperilaku Cuci Tangan Pakai Sabun
- Persentase Kabupaten/kota dengan Kepala Keluarga yang melakukan pengelolaan air minum dan pangan
- Jumlah kabupaten/ kota dengan kepala keluarga yang melakukan pengelolaan sampah secara terstandar
- Persentase Kabupaten/kota dengan Kepala Keluarga yang melakukan pengelolaan limbah cair

- Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%
- Persentase kabupaten/ Kota yang 80% Puskesmasnya secara aktif mengelola faktor risiko obesitas
- Penurunan relatif persentase penduduk yang kurang aktivitas fisik

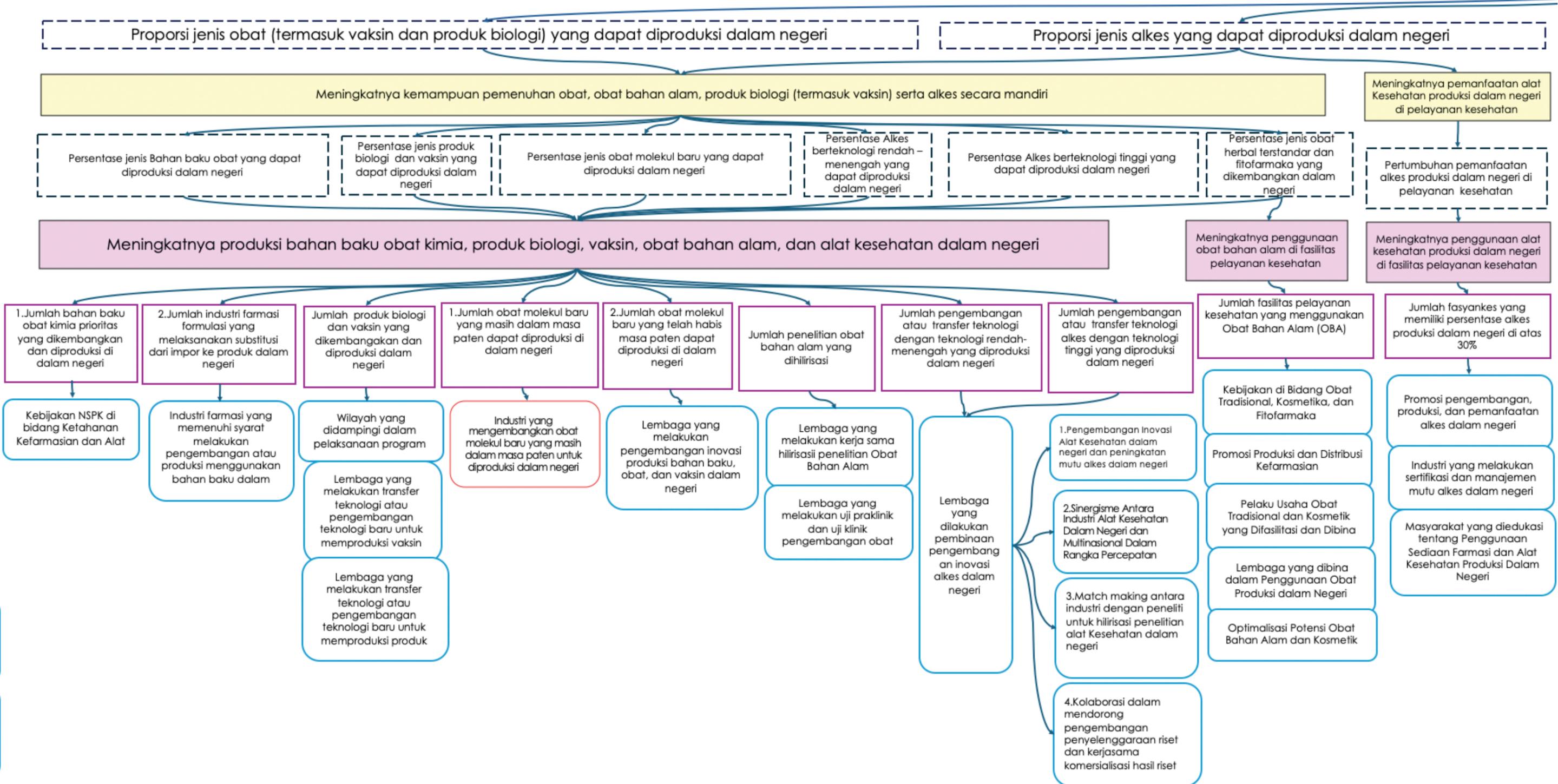
- Kabupaten/kota dengan kualitas air minum yang memenuhi syarat
- Jumlah KLB Keracunan Pangan
- Kabupaten/kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat
- Kabupaten/kota sehat
- Kabupaten/kota kualitas air minum pada sarana air minum memenuhi syarat
- Kabupaten/kota dengan tempat pengelolaan pangan siap saji memenuhi syarat
- Persentase Kabupaten/kota yang kualitas udara dalam ruang di permukiman memenuhi syarat
- Persentase Kabupaten/kota dengan fasyankes yang memenuhi syarat kesehatan lingkungan
- Persentase Kabupaten/kota dengan hasil surveilans kualitas air minum tingkat rumah tangga memenuhi syarat
- Kabupaten/kota dengan persentase pangan olahan siap saji memenuhi syarat (POSS)
- Persentase Kabupaten/kota dengan tempat fasilitas umum yang memenuhi syarat

- Persentase kabupaten/kota dengan pengendalian Kejadian Luar Biasa (KLB)/wabah
- Kabupaten/kota yang merespon sinyal SKDR <24 jam minimal 80%
- Persentase Kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko penyakit infeksi emerging dan rekomendasinya
- Persentase Rumah Sakit yang melaksanakan Surveilans Penyakit Infeksi Emerging (PIE)
- Persentase Kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah
- Persentase Kabupaten/kota yang puskesmasnya melaksanakan surveilans dan intervensi vektor & binatang pembawa penyakit
- Persentase KLB di kabupaten/kota yang dilakukan respon awal lengkap sesuai standar dalam waktu ≤ 7 hari
- Persentase faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan
- Persentase pintu masuk yang melaksanakan deteksi penyakit dan faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah
- Persentase pintu masuk yang memiliki kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah
- Kabupaten/kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan
- Desa/kelurahan sehat iklim

## 5. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan



# Meningkatnya kesiapsiagaan dan tanggap darurat kesehatan



# Meningkatnya kesiapsiagaan dan tanggap darurat kesehatan

Indeks alat kesehatan memenuhi standar

Meningkatnya mutu dan keamanan alat kesehatan di peredaran

Persentase alat kesehatan yang memenuhi persyaratan pre-market.

Indeks alat Kesehatan di peredaran yang memenuhi persyaratan post market

Meningkatnya mutu, efektivitas, dan keamanan alat kesehatan yang beredar

Meningkatnya sarana produksi dan distribusi alat kesehatan yang memenuhi ketentuan

Meningkatnya penilaian sertifikat CPAKB dan CDAKB sesuai janji layanan

Meningkatnya produk alkes dan PKRT yang aman dan bermutu

Meningkatnya tindaklanjut terhadap permasalahan alat kesehatan dan PKRT

Meningkatnya pengujian dan kalibrasi alat Kesehatan

1. Persentase pemenuhan persyaratan izin edar alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga

2. Persentase penilaian izin edar Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga sesuai janji layanan

3. Persentase penilaian Izin Distribusi Alat Kesehatan sesuai janji layanan

1. Persentase sarana distribusi alat kesehatan yang tersertifikasi Cara Distribusi Alkes yang Baik (CDAKB)

2. Persentase sarana produksi Alat Kesehatan yang memenuhi standar

3. Persentase sarana distribusi Alat Kesehatan yang memenuhi standar

Persentase penilaian sertifikat CPAKB dan CDAKB sesuai janji layanan

Persentase Alat Kesehatan yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan

Persentase Post Marketing Surveillance Report yang ditindaklanjuti

1. Persentase Rumah Sakit dan Puskesmas yang melakukan kalibrasi alat kesehatan

2. Persentase laboratorium uji yang mampu melakukan pengujian mutu Alat Kesehatan

Tenaga Kesehatan dan Masyarakat di Prov/Kab/kota Yang Terpapar Tentang Penggunaan Alat Kesehatan dan PKRT Yang

Sertifikat Perizinan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan dan PKRT

Akreditasi Lembaga Dalam Pelayanan Sertifikasi Produk Alkes dan PKRT  
Sertifikat Perizinan Distributor Alat Kesehatan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan

Sertifikasi Manajemen Mutu Distribusi Alat Kesehatan  
Sarana distribusi alat kesehatan NON-PIE ( Pemilik Izin Edar) di inspeksi Paska Sertifikasi CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB, CPPKRTB dan CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CDAKB Pada Sarana Distribusi Alat Kesehatan  
Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB dan CPPKRTB Pada Sarana Produksi Alat Kesehatan

Pelaksanaan peningkatan janji layanan pada proses sertifikasi produksi alat kesehatan dan PKRT

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Pengawasan Produk Alat Kesehatan dan PKRT di Masyarakat

Pengawasan, pengamatan, penelitian dan pemeriksaan terhadap laporan produk alat

Penguatan Jejaring Laboratorium Pengujian Alat Kesehatan

Alat Kalibrasi

NSPK dibidang pra pemasaran alkes dan PKRT

Lembaga Yang Diberikan Penguatan Teknis dan Manajerial Terhadap Pelayanan Pra Pemasaran

Sertifikat Perizinan Distributor Alat Kesehatan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan

Sarana distribusi alat kesehatan NON-PIE ( Pemilik Izin Edar) di inspeksi Paska Sertifikasi CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB, CPPKRTB dan CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB dan CPPKRTB Pada Sarana Produksi Alat Kesehatan

Pelaksanaan peningkatan janji layanan pada proses sertifikasi produksi alat kesehatan dan PKRT

NSPK Pengawasan Alat Kesehatan dan PKRT

Pengawasan, pengamatan, penelitian dan pemeriksaan terhadap laporan produk alat

Layanan Pengujian Kalibrasi Dan Proteksi Radiasi

Paket Obat-obat dan BMHP

Lembaga Yang Diberikan Penguatan Teknis dan Manajerial Terhadap Pelayanan Pra Pemasaran

Sertifikat Perizinan Distributor Alat Kesehatan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan

Akreditasi Lembaga Dalam Pelayanan Sertifikasi Produk Alkes dan PKRT

Sarana distribusi alat kesehatan NON-PIE ( Pemilik Izin Edar) di inspeksi Paska Sertifikasi CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB, CPPKRTB dan CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB dan CPPKRTB Pada Sarana Produksi Alat Kesehatan

Pelaksanaan peningkatan janji layanan pada proses sertifikasi produksi alat kesehatan dan PKRT

NSPK Pengawasan Alat Kesehatan dan PKRT

Pengawasan, pengamatan, penelitian dan pemeriksaan terhadap laporan produk alat

Layanan Pengujian Kalibrasi Dan Proteksi Radiasi

Paket Obat-obat dan BMHP

Industri Yang Diberikan Penguatan Teknis Dalam Melakukan Pendaftaran Izin Edar Alkes dan PKRT

Sertifikat Perizinan Distributor Alat Kesehatan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan

Akreditasi Lembaga Dalam Pelayanan Sertifikasi Produk Alkes dan PKRT

Sarana distribusi alat kesehatan NON-PIE ( Pemilik Izin Edar) di inspeksi Paska Sertifikasi CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB, CPPKRTB dan CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB dan CPPKRTB Pada Sarana Produksi Alat Kesehatan

Pelaksanaan peningkatan janji layanan pada proses sertifikasi produksi alat kesehatan dan PKRT

NSPK Pengawasan Alat Kesehatan dan PKRT

Pengawasan, pengamatan, penelitian dan pemeriksaan terhadap laporan produk alat

Layanan Pengujian Kalibrasi Dan Proteksi Radiasi

Paket Obat-obat dan BMHP

Sistem Informasi Alat Kesehatan

Sertifikat Perizinan Distributor Alat Kesehatan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan

Akreditasi Lembaga Dalam Pelayanan Sertifikasi Produk Alkes dan PKRT

Sarana distribusi alat kesehatan NON-PIE ( Pemilik Izin Edar) di inspeksi Paska Sertifikasi CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB, CPPKRTB dan CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB dan CPPKRTB Pada Sarana Produksi Alat Kesehatan

Pelaksanaan peningkatan janji layanan pada proses sertifikasi produksi alat kesehatan dan PKRT

NSPK Pengawasan Alat Kesehatan dan PKRT

Pengawasan, pengamatan, penelitian dan pemeriksaan terhadap laporan produk alat

Layanan Pengujian Kalibrasi Dan Proteksi Radiasi

Paket Obat-obat dan BMHP

Fasilitasi dan Pembinaan Pada Wilayah Binaan Direktorat Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan

Sertifikat Perizinan Distributor Alat Kesehatan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan

Akreditasi Lembaga Dalam Pelayanan Sertifikasi Produk Alkes dan PKRT

Sarana distribusi alat kesehatan NON-PIE ( Pemilik Izin Edar) di inspeksi Paska Sertifikasi CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB, CPPKRTB dan CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB dan CPPKRTB Pada Sarana Produksi Alat Kesehatan

Pelaksanaan peningkatan janji layanan pada proses sertifikasi produksi alat kesehatan dan PKRT

NSPK Pengawasan Alat Kesehatan dan PKRT

Pengawasan, pengamatan, penelitian dan pemeriksaan terhadap laporan produk alat

Layanan Pengujian Kalibrasi Dan Proteksi Radiasi

Paket Obat-obat dan BMHP

Industri alkes yang didampingi dalam proses pemenuhan izin edar

Sertifikat Perizinan Distributor Alat Kesehatan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan

Akreditasi Lembaga Dalam Pelayanan Sertifikasi Produk Alkes dan PKRT

Sarana distribusi alat kesehatan NON-PIE ( Pemilik Izin Edar) di inspeksi Paska Sertifikasi CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB, CPPKRTB dan CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB dan CPPKRTB Pada Sarana Produksi Alat Kesehatan

Pelaksanaan peningkatan janji layanan pada proses sertifikasi produksi alat kesehatan dan PKRT

NSPK Pengawasan Alat Kesehatan dan PKRT

Pengawasan, pengamatan, penelitian dan pemeriksaan terhadap laporan produk alat

Layanan Pengujian Kalibrasi Dan Proteksi Radiasi

Paket Obat-obat dan BMHP

Industri alkes yang didampingi dalam proses pemenuhan izin edar

Sertifikat Perizinan Distributor Alat Kesehatan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan

Akreditasi Lembaga Dalam Pelayanan Sertifikasi Produk Alkes dan PKRT

Sarana distribusi alat kesehatan NON-PIE ( Pemilik Izin Edar) di inspeksi Paska Sertifikasi CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB, CPPKRTB dan CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB dan CPPKRTB Pada Sarana Produksi Alat Kesehatan

Pelaksanaan peningkatan janji layanan pada proses sertifikasi produksi alat kesehatan dan PKRT

NSPK Pengawasan Alat Kesehatan dan PKRT

Pengawasan, pengamatan, penelitian dan pemeriksaan terhadap laporan produk alat

Layanan Pengujian Kalibrasi Dan Proteksi Radiasi

Paket Obat-obat dan BMHP

Industri alkes yang didampingi dalam proses pemenuhan izin edar

Sertifikat Perizinan Distributor Alat Kesehatan di bidang Pra Pemasaran Alat Kesehatan

Akreditasi Lembaga Dalam Pelayanan Sertifikasi Produk Alkes dan PKRT

Sarana distribusi alat kesehatan NON-PIE ( Pemilik Izin Edar) di inspeksi Paska Sertifikasi CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB, CPPKRTB dan CDAKB

Penilaian Kesesuaian Sertifikasi CPAKB dan CPPKRTB Pada Sarana Produksi Alat Kesehatan

Pelaksanaan peningkatan janji layanan pada proses sertifikasi produksi alat kesehatan dan PKRT

NSPK Pengawasan Alat Kesehatan dan PKRT

Pengawasan, pengamatan, penelitian dan pemeriksaan terhadap laporan produk alat

Layanan Pengujian Kalibrasi Dan Proteksi Radiasi

Paket Obat-obat dan BMHP

## Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan dan uji klinis

Peningkatan Kapabilitas Uji Klinik di Indonesia

Meningkatnya rancangan produk baru dari uji klinik yang dilakukan dalam negeri

Jumlah uji klinik yang menghasilkan rancangan produk baru

Meningkatnya jumlah uji klinik produk obat, vaksin dan alkes

Jumlah uji klinik produk obat, vaksin, dan alkes yang dilaksanakan

Lembaga yang didampingi dalam pelaksanaan uji klinis TB

2. Jumlah produk obat, vaksin, dan alkes baru hasil uji klinik

Lembaga yang didampingi dalam pelaksanaan uji klinis obat, vaksin, alkes di

## Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan

Indeks Tata Kelola Pemerintahan yang baik

Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

- 1. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Kemenkes
- 2. Nilai Kinerja Anggaran Kementerian Kesehatan
- 3. Nilai Penerapan Sistem Merit Kemenkes
- 4. Nilai Maturitas SPIPT

Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya

1. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

- Pemeliharaan prasarana teknologi informasi dan komunikasi
- Layanan BMN
- Layanan Hukum
- Layanan BMN
- Layanan Organisasi dan Tata Kelola Internal
- Layanan Umum
- Layanan Data dan Informasi

2. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

Layanan Hubungan Masyarakat dan Informasi

3. Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

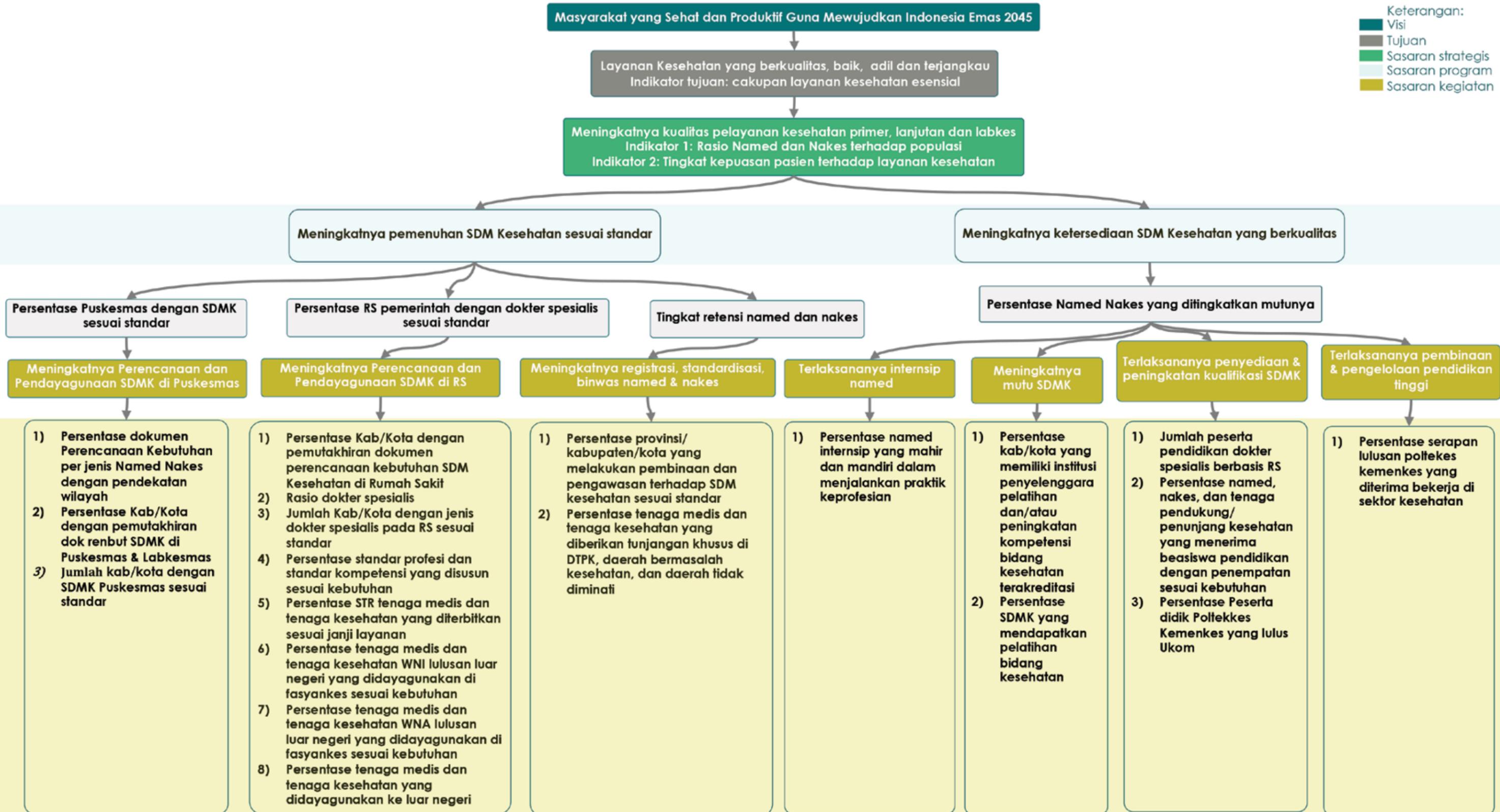
- Layanan Manajemen SDM
- Layanan Pendidikan dan Pelatihan

4. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

Layanan Organisasi dan Tata Kelola Internal

5. Nilai maturitas manajemen risiko Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan

## 6. Direktorat Jenderal SDM Kesehatan



## 7. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

# Pohon Kinerja Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Visi : Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045

Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan

Indikator Tujuan: Rasio Belanja Kesehatan per kapita terhadap Angka harapan hidup sehat (HALE)

Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah

Indikator Sasaran Strategis: Persentase Provinsi dan kab/kota yang menyelaraskan perencanaan pembangunan dan mencapai target tahunan pembangunan

Meningkatnya sinkronisasi kebijakan pusat dan daerah

Indikator Kinerja Program: 1. Persentase daerah yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional

Indikator Kinerja Program: 2. Persentase Kab/Kota dengan capaian SPM Kesehatan minimal 90%

Indikator Kinerja Program: 3. Nilai kualitas kebijakan Kementerian Kesehatan

Meningkatnya pengelolaan integrasi dan sinergi pencapaian sasaran pembangunan kesehatan

**Indikator Kinerja Kegiatan:**  
Persentase provinsi yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional

Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti

**Indikator Kinerja Kegiatan:**  
Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional pada wilayah I

Meningkatnya kebijakan Sistem Ketahanan Kesehatan berbasis bukti

**Indikator Kinerja Kegiatan:**  
Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional pada wilayah II

Meningkatnya kebijakan sistem sumber daya kesehatan berbasis bukti

**Indikator Kinerja Kegiatan:**  
Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional pada wilayah III

Meningkatnya kebijakan strategi dan tata kelola kesehatan global berbasis bukti

**Indikator Kinerja Kegiatan:**  
Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional pada wilayah IV

Meningkatnya kebijakan strategi dan tata kelola kesehatan global berbasis bukti

**Indikator Kinerja Kegiatan:**  
Persentase capaian SPM Kesehatan kab/kota yang telah divalidasi

Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti

**Indikator Kinerja Kegiatan:**  
Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan

Meningkatnya kebijakan Sistem Ketahanan Kesehatan berbasis bukti

**Indikator Kinerja Kegiatan :**  
Persentase analisis kebijakan di bidang Sistem Ketahanan Kesehatan

Meningkatnya kebijakan sistem sumber daya kesehatan berbasis bukti

**Indikator Kinerja Kegiatan :**  
Persentase analisis kebijakan di bidang Sistem Sumber Daya Kesehatan

Meningkatnya kebijakan strategi dan tata kelola kesehatan global berbasis bukti

**Indikator Kinerja Kegiatan:**  
Persentase analisis kebijakan di bidang Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global

- Tujuan
- Sasaran Strategis
- Sasaran Program
- Sasaran Kegiatan

**Misi : Memperkuat tata Kelola dan pendanaan kesehatan nasional yang berkecukupan, adil dan berkelanjutan**

**Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan**

Indikator Tujuan: Rasio Belanja Kesehatan per kapita terhadap Angka harapan hidup sehat (HALE)

**Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah**

Indikator Sasaran Strategis: Pengeluaran Kesehatan Total per kapita

**Meningkatnya kecukupan, efektivitas, efisiensi, keadilan dan keberlanjutan pendanaan kesehatan**

Indikator Kinerja Program: Persentase kabupaten/kota yang mengikuti bauran belanja ideal di sektor kesehatan

**Meningkatnya kerja sama dan dukungan stakeholder dalam program kesehatan**

Indikator Kinerja Kegiatan:  
Pemenuhan pembiayaan untuk mendukung terpenuhinya SPM (Standar Pelayanan Minimal) bidang Kesehatan

**Visi : Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045**

**Kementerian Kesehatan yang agile, efektif dan efisien**

Indikator Tujuan: Nilai Good Public Governance (GPG) Kementerian Kesehatan

**Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan**

Indikator Sasaran Strategis: Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan

**Meningkatnya tata kelola organisasi dan pengendalian intern Kementerian Kesehatan**

Indikator Kinerja Program:  
1. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Kemenkes  
2. Nilai Kinerja Anggaran Kementerian Kesehatan  
3. Nilai Penerapan Sistem Merit Kemenkes  
4. Nilai Maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi (SPIPT)

**Meningkatnya kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya**

Indikator Kinerja Kegiatan :  
1. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan  
2. Nilai Kinerja Anggaran Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan  
3. Indeks Kualitas SDM Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan  
4. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan  
5. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

- Tujuan
- Sasaran Strategis
- Sasaran Program
- Sasaran Kegiatan

**Misi : Memperkuat tata Kelola dan pendanaan kesehatan nasional yang berkecukupan, adil dan berkelanjutan**

**Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan**

Indikator Tujuan: Rasio Belanja Kesehatan per kapita terhadap Angka harapan hidup sehat (HALE)

**Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah**

Indikator Sasaran Strategis: Skala investasi di sektor kesehatan

**Meningkatnya kecukupan, efektivitas, efisiensi, keadilan dan keberlanjutan pendanaan kesehatan**

Indikator Kinerja Program 1: Persentase kenaikan investasi langsung di sektor kesehatan

Indikator Kinerja Program 2: Persentase pencapaian target global kesehatan pada tingkat nasional

**Meningkatnya kerja sama dan dukungan stakeholder dalam program kesehatan**

Indikator Kinerja Kegiatan:

1. Persentase kenaikan investasi langsung kesehatan di bidang farmasi
2. Persentase kenaikan investasi langsung kesehatan di bidang alat kesehatan
3. Persentase kenaikan investasi langsung kesehatan di bidang fasyankes

Indikator Kinerja Kegiatan:

1. Jumlah peran strategis Indonesia pada OI/pertemuan internasional bidang kesehatan
2. Persentase target kesehatan nasional selaras dengan target global

- Tujuan
- Sasaran Strategis
- Sasaran Program
- Sasaran Kegiatan

## 8. Inspektorat Jenderal

### Pohon Kinerja Inspektorat Jenderal

Visi : Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045

Kementerian Kesehatan yang *Agile*, Efektif, dan Efisien

Indikator Tujuan: Nilai GPG Kementerian Kesehatan

Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Kementerian Kesehatan

Indikator Sasaran Strategis: Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan

Meningkatnya tata kelola organisasi dan pengendalian intern Kementerian Kesehatan

Indikator Kinerja Program: Nilai Maturitas SPIPT

Meningkatnya Pengawasan yang Berdampak terhadap Kegiatan Kemenkes

Indikator Kinerja Kegiatan :  
Indeks Tindak Lanjut Hasil Pengawasan Inspektorat

Meningkatnya Penanganan Pengaduan Masyarakat yang Berindikasi Kerugian Negara

Indikator Kinerja Kegiatan :  
Indeks Tindak Lanjut Hasil Pengawasan Inspektorat Investigasi

Meningkatnya kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya

Indikator Kinerja Kegiatan :  
1. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Inspektorat Jenderal  
2. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Inspektorat Jenderal

- Tujuan
- Sasaran Strategis
- Sasaran Program
- Sasaran Kegiatan

