



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



GERMAS
Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat

LAPORAN KINERJA 2021

**DIREKTORAT JENDERAL
PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN PENYAKIT**



KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmatNya sehingga Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tahun 2021 dapat disusun dengan baik.

Mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Perpres Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), dan Permen PAN dan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) maka Ditjen P2P menyusun Laporan Kinerja sebagai bentuk pertanggungjawaban atas capaian kerja berdasarkan penggunaan anggaran yang telah dialokasikan. Laporan Kinerja Ditjen P2P merupakan laporan tingkat pencapaian kinerja selama tahun 2021 sebagaimana yang telah ditetapkan dalam dokumen perjanjian kinerja tahun 2021, yang merupakan sasaran program dalam Rencana Aksi Program Ditjen P2P.

Tahun 2021 merupakan tahun kedua pelaksanaan RPJMN, Renstra dan RAP Ditjen P2P periode 2020-2024, dan pengendalian pandemi COVID-19 masih menjadi prioritas yang utama. Tahun 2021, vaksinasi COVID-19 dosis pertama dan kedua difokuskan untuk dilaksanakan pada masyarakat. Pandemi COVID-19 memberi tantangan besar dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia dan berdampak terhadap Sistem Kesehatan Indonesia baik dari aspek anggaran kesehatan, pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sumber daya kesehatan serta sistem surveilans dan laboratorium. Pencapaian Indikator Kinerja Program tahun 2021 masih belum menunjukkan capaian yang optimal meskipun terjadi peningkatan capaian dibandingkan tahun 2021. Laporan kinerja ini akan menjelaskan secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran Indikator Kinerja Program P2P.

Pada akhirnya, tidak semua yang kita rencanakan berjalan sesuai dengan harapan, namun demikian dengan adanya laporan kinerja ini kami berharap dapat memperoleh umpan balik untuk peningkatan kinerja Ditjen P2P melalui perbaikan penerapan fungsi-fungsi manajemen secara benar, mulai dari perencanaan, pengukuran, pelaporan, evaluasi dan pencapaian kinerja, sehingga dapat menilai keberhasilan dan kegagalan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab serta meningkatkan akuntabilitas dan kredibilitas instansi pemerintah yang akuntabel dan meningkatkan kepercayaan masyarakat. Semoga informasi yang disajikan dapat bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, Januari 2022
Direktur Jenderal Pencegahan dan
Pengendalian Penyakit



Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2021 merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Direktur Jenderal P2P beserta jajarannya kepada Menteri Kesehatan Republik Indonesia dan seluruh pemangku kepentingan, baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Laporan Kinerja Ditjen P2P menjabarkan capaian kinerja yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Ditjen P2P, mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 dan Rencana Aksi Program Ditjen P2P Tahun 2020-2024. Dari 13 Indikator Kinerja yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2020 yang dijanjikan oleh Direktur Jenderal P2P kepada Menteri Kesehatan, terdapat 4 Indikator Kinerja Program yang memiliki kinerja mencapai atau melebihi target dan 9 indikator tidak mencapai target. Capaian IKP Ditjen P2P Tahun 2021 sebagai berikut:

1. Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART), tercapai 28% dari target 45% dengan pencapaian kinerja 62,2%
2. Persentase angka keberhasilan pengobatan pasien TB/*Succes Rate* (SR) tercapai 83% dari target 90%, dengan capaian kinerja 92,2%.
3. Jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria tercapai 347 Kab/Kota dari target 345 Kab/Kota, dengan capaian kinerja 100,6%.
4. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta tercapai 415 Kab/Kota dari target 436 Kab/Kota, dengan capaian kinerja 95,2%.
5. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi tercapai 72 Kab/Kota dari target 93 Kab/Kota, dengan capaian kinerja 77,4%.
6. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia <18 tahun tercapai 94 Kab/Kota dari target 100 Kab/Kota, dengan capaian kinerja 94%.
7. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM tercapai 320 Kab/Kota dari target 129 Kab/Kota, dengan capaian kinerja 284%.
8. Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-12 bulan, tercapai 47,7% dari target 83,8% dengan capaian kinerja 56,9%.
9. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza tercapai 327 Kab/Kota dari target 380 Kab/Kota, dengan capaian kinerja 86,05%
10. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM tercapai 65% dari target 65%, dengan capaian kinerja 100%.
11. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan tercapai 101 Kab/Kota dari target 172 Kab/Kota, dengan capaian kinerja 42,9%.
12. Persentase faktor risiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan tercapai 99,9% dari target 89% dengan capaian kinerja 112,2%.
13. Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan tercapai 61,7% dari target 85%, dengan capaian kinerja 72,3%.

Untuk kinerja keuangan pada tahun 2021, data per 19 Januari 2022 berdasarkan Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara (SPAN), realisasi anggaran mencapai 97,16%, dengan realisasi 5.238.456.718.094 dari pagu total sebesar Rp. 5.391.559.631.000.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
IKHTISAR EKSEKUTIF	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GRAFIK	v
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. ISU STRATEGIS	2
C. VISI DAN MISI	7
D. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI	8
E. SUMBER DAYA MANUSIA	9
F. SISTEMATIKA PENULISAN	12
BAB II. PERENCANAAN KINERJA	13
A. PERENCANAAN KINERJA	13
B. PERJANJIAN KINERJA	16
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA	18
A. CAPAIAN KINERJA	18
B. REALISASI ANGGARAN	109
C. EFISIENSI SUMBER DAYA	116
BAB IV. PENUTUP	119
A. KESIMPULAN	119
B. TINDAK LANJUT	119
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Indikator Kinerja Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020 – 2024	15
Tabel 2.2	Perjanjian Kinerja Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2021.....	17
Tabel 3.1	Target dan Capaian Indikator Program P2P Tahun 2021.....	18
Tabel 3.2	Angka keberhasilan pengobatan di dunia Tahun 2021.....	30
Tabel 3.3	Capaian Penduduk Berdasarkan Endemisitas Malaria 2021	37
Tabel 3.4	Jumlah Kab/Kota dengan eliminasi malaria sampai tahun 2020	37
Tabel 3.5	Jumlah Kab/Kota dengan eliminasi kusta per Provinsi Tahun 2021	52
Tabel 3.6	Jumlah Kab/Kota endemis filariasis telah berhasil mencapai eliminasi filariasis sampai tahun 2021	58
Tabel 3.7	Realisasi Anggaran Berdasarkan Kewenangan Tahun 2021	110
Tabel 3.8	Realisasi Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2021.....	110
Tabel 3.9	Realisasi Anggaran Berdasarkan Sumber Dana Tahun 2021.....	111
Tabel 3.10	Realisasi Anggaran Dinas Kesehatan Provinsi Tahun 2021	111
Tabel 3.11	Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja Tahun 2021	113
Tabel 3.12	Pembandingan Realisasi Anggaran dan Capaian Kinerja Tahun 2021	114
Tabel 3.13	Nilai Efisiensi Per Indikator Kinerja.....	117

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1	Distribusi Pegawai pada Ditjen P2P Tahun 2021	10
Grafik 1.2	Distribusi Pegawai Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2021	10
Grafik 1.3	Distribusi Pegawai Berdasarkan Jabatan Tahun 2021	11
Grafik 1.4	Distribusi Pegawai Berdasarkan Jabatan Fungsional Tahun 2021	11
Grafik 3.1	Target dan Capaian Persentase ODHA on ART Tahun 2020-2024.....	20
Grafik 3.2	Cascade HIV dan ART sampai September 2021	20
Grafik 3.3	Jumlah Kasus HIV dan Kasus AIDS Tahun 2017-September 2021.....	21
Grafik 3.4	Proporsi Inisiasi ART Baru, ODHA dalam Pengobatan dan Gap Pengobatan pada ODHA, Asia Pasifik Tahun 2020.....	22
Grafik 3.5	Target dan Capaian Persentase Angka Keberhasilan Pengobatan TBC Tahun 2016-2021	28
Grafik 3.6	Target dan Capaian Persentase Angka Keberhasilan Pengobatan TBC Tahun 2020-2024	29
Grafik 3.7	Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia tahun 2016-2020	38
Grafik 3.8	Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia tahun 2020-2024	39
Grafik 3.9	Persentase Pemeriksaan Sediaan Darah	40
Grafik 3.10	Persentase Malaria Positif diobati sesuai standar.....	41
Grafik 3.11	Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Kusta Tahun 2016-2024	51
Grafik 3.12	Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis yang mencapai eliminasi Tahun 2017-2021	57
Grafik 3.13	Target dan Capaian Jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan perokok usia <18 tahun Tahun 2020-2024.....	64
Grafik 3.14	Proporsi Perokok Usia 10-18 tahun pada Provinsi yang telah memiliki Perda KTR.....	65
Grafik 3.15	Kab/Kota yang memiliki Perda KTR per Provinsi Tahun 2021	66
Grafik 3.16	Perbandingan Kab/Kota yang menyelenggarakan UBM dengan proporsi perokok di Kab/Kota.....	67
Grafik 3.17	Kab/Kota yang $\geq 40\%$ Puskesmasnya menyelenggarakan Layanan UBM.....	67

Grafik 3.18	Jumlah Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM Tahun 2020-2024	72
Grafik 3.19	Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM Tahun 2021	73
Grafik 3.20	Capaian Kab/Kota melakukan Pandu, Deteksi Dini Indra, FR PTM, Deteksi Kanker, KTR dan UMB Tahun 2021	74
Grafik 3.21	Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan napza Tahun 2020-2024.....	78
Grafik 3.22	Jumlah Kab/Kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan napza Tahun 2021	79
Grafik 3.23	Target dan Capaian Persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL anak usia 0-11 bulan Tahun 2020-2024.....	82
Grafik 3.24	Target dan Capaian Persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL anak usia 0-11 bulan Tahun 2018-2021	83
Grafik 3.25	Perbandingan Jumlah Pelayanan Imunisasi Rutin di Puskesmas antara sebelum Pandemi COVID-19 dengan quarter ke-2 Tahun 2021	84
Grafik 3.26	Persentase Penolakan Orang Tua/Pengasuh Membawa Anaknya untuk Diimunisasi	85
Grafik 3.27	Target dan Capaian Kab/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM Tahun 2020-2021.....	91
Grafik 3.28	Target dan Capaian Kab/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM Tahun 2020-2024.....	91
Grafik 3.29	Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota dengan surveilans Frambusia berkinerja baik Tahun 2019-2024	95
Grafik 3.30	Jumlah Kab/Kota dengan surveilans Frambusia berkinerja baik per Provinsi Tahun 2021	96
Grafik 3.31	Target dan Capaian Persentase Faktor Risiko dipintu masuk yang dikendalikan Tahun 2020-2024.....	101
Grafik 3.32	Persentase Faktor Risiko dipintu masuk yang dikendalikan oleh KKP Tahun 2021	102
Grafik 3.33	Faktor risiko pada orang, alat angkut, barang dan lingkungan yang ditemukan dan dikendalikan Tahun 2021	103
Grafik 3.34	Target dan Capaian Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan Tahun 2020-2024	106
Grafik 3.35	Persentase capaian rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan Tahun 2021	107

Grafik 3.36	Distribusi pagu anggaran berdasarkan sumber dana Tahun 2021.....	109
Grafik 3.37	Pagu dan realisasi anggaran Ditjen P2P Tahun 2019-2021	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Struktur Organisasi Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.....	9
Gambar 3.1. Pelaksanaan Orientasi Pelatih Test dan Pengobatan.....	25
Gambar 3.2. Orientasi Mentoring Program HIV AIDS dan IMS di Kab/Kota	25
Gambar 3.3. Penyampaian dukungan Percepatan Eliminasi TBC pada acara peluncuran Perpres 67 Tahun 2021	32
Gambar 3.4. TB Summit 2021.....	33
Gambar 3.5. UN Highlevel Meeting 2021	33
Gambar 3.6. Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2021	36
Gambar 3.7. Workshop Mikroskopis Malaria Fasyankes	43
Gambar 3.8. Pertemuan Monitoring Evaluasi di Papua Barat.....	46
Gambar 3.9. Puncak Hari Malaria Sedunia di Kementerian Kesehatan	47
Gambar 3.10. Peta Kabupaten/Kota dengan Prevalensi Kusta <1/10.000 Penduduk Tahun 2021.....	50
Gambar 3.11. Pemberian Sertifikat Eliminasi Filariasis pada Acara Hari Peringatan Nyamuk (HPN) 2021.....	60
Gambar 3.12. Webinar Kesehatan Jiwa Tahun 2021	80
Gambar 3.13. Pelatihan TOT Pengelola Program Imunisasi	86
Gambar 3.14. Umpan Balik Hasil Imunisasi Kuartal II Tahun 2021	87
Gambar 3.15. Peta Endemisitas Frambusia di Indonesia	96

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang 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. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya. Upaya-upaya yang telah dilaksanakan pada periode sebelumnya dan akan terus berkesinambungan dalam periode tahun 2020-2024 diantaranya:

- a. Penguatan pelayanan kesehatan primer, pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan siklus hidup, dan intervensi secara kontinyum (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) dengan penekanan pada promotif dan preventif.
- b. Penguatan pencegahan faktor risiko, deteksi dini, dan aksi multisektoral pembudayaan GERMAS, guna pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular.
- c. Penguatan sistem kesehatan di semua level pemerintahan menjadi responsif dan tangguh, guna mencapai cakupan kesehatan
- d. Peningkatan sinergisme lintas sektor, pusat dan daerah untuk menuju konvergensi dalam intervensi sasaran prioritas dan program prioritas, termasuk integrasi lintas program dengan pendekatan keluarga (PIS PK).

Dalam Rencana Aksi Program P2P, disebutkan bahwa Ditjen P2P menyelenggarakan pencegahan dan pengendalian penyakit serta masalah kesehatan jiwa secara berhasil guna dan berdaya guna dalam mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui kegiatan surveilans dan karantina kesehatan, pencegahan dan pengendalian penyakit tular vektor zoonotik, pencegahan penyakit menular langsung dan penyakit tidak menular, pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa dan napza, dukungan pelayanan kekarantina di pintu masuk dan wilayah, pelaksanaan dukungan pelayanan surveilans dan laboratorium kesehatan masyarakat untuk pencegahan dan pengendalian penyakit serta pelaksanaan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program P2P.

Penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian penyakit pada tahun 2021 mengalami tantangan terbesar adanya pandemi COVID-19 sejak bulan Maret 2020. Situasi pandemi COVID berdampak pada pelaksanaan Program P2P. Sebagian besar kegiatan dan pelayanan terhambat dan tidak berjalan karena adanya pembatasan sosial dan ketakutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di masyarakat. Meningkatnya kasus COVID-19 mengakibatkan terjadinya *refocusing* anggaran maupun sumber daya manusia untuk pengendalian COVID-19 yang menyebabkan kegiatan lain tidak berjalan optimal. Terhambatnya pelaksanaan

program pencegahan dan pengendalian penyakit berdampak pada tidak tercapainya kinerja program pada sebagian besar indikator kinerja P2P.

Sebagai bentuk pertanggungjawaban Ditjen P2P kepada Menteri Kesehatan atas target kinerja dan penggunaan anggaran, disusun Laporan Kinerja. Laporan kinerja Ditjen P2P ini akan menjelaskan secara memadai hasil analisis terhadap capaian program, permasalahan dan tantangan serta strategi pemecahan masalah. Penyusunan Laporan Kinerja merupakan wujud melaksanakan Perpres No. 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Permenpan dan RB Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Tujuan penyusunan Laporan Kinerja Direktorat Jenderal P2P adalah untuk:

1. Memberikan informasi kinerja Ditjen P2P selama tahun 2021 yang telah ditetapkan dalam dokumen perjanjian kinerja.
2. Sebagai bentuk pertanggung jawaban Ditjen P2P dalam mencapai sasaran/tujuan strategis instansi.
3. Sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi Ditjen P2P untuk meningkatkan kinerjanya.
4. Sebagai salah satu upaya mewujudkan manajemen pemerintah yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil yang merupakan salah satu agenda penting dalam reformasi pemerintah.
5. Laporan Kinerja Ditjen P2P sekaligus menjadi alat dan bahan evaluasi guna peningkatan kinerja Ditjen P2P dimasa depan.

B. ISU STRATEGIS

1. Penyakit Tidak Menular

Dalam periode tiga dekade terakhir, telah terjadi perubahan beban penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Hal ini dapat dilihat dari perubahan penyebab utama *Disability Adjusted Life Years (DALYs) lost*. Penyebab utama *DALYs lost* tahun 2019 adalah 63% disebabkan penyakit tidak menular diantaranya 10% akibat *Malignant neoplasms*, 3% akibat *diabetes mellitus*, 1% akibat *endocrine/blood/immune disorder*, 7% akibat *mental disorder*, 15% akibat *cardiovascular diseases*, 3% akibat *digestive diseases*. Pada tahun 2019, 10 penyebab utama *DALYs lost* adalah *neonatal conditions*, *ischemic heart disease*, *stroke*, *lower respiratory infections*, *diarrhoeal diseases*, *road injury*, *chronic obstructive pulmonary diseases*, *diabetes mellitus*, *tuberculosis* dan *congenital anomalies*. *DALYs lost* akibat stroke mengalami peningkatan dari peringkat kelima pada tahun 2000 menjadi peringkat ketiga pada tahun 2019 dari 4,7% menjadi 5,5% dan diabetes melitus dari peringkat ke 14 naik menjadi peringkat 8 yaitu dari 1,4% menjadi 2,8% (WHO, 2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi PTM mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus, dan hipertensi. Prevalensi kanker naik dari 1,4% menjadi 1,8%, prevalensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9% dan penyakit ginjal kronik naik dari 2% menjadi 3,8%. Berdasarkan pemeriksaan gula darah, diabetes melitus naik dari 6,9%

menjadi 8,5% dan hasil pengukuran tekanan darah, hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%.

Kenaikan prevalensi PTM ini berhubungan dengan pola hidup, antara lain merokok, kurang aktivitas fisik serta kurang konsumsi buah dan sayur. Sejak tahun 2013 prevalensi merokok pada remaja (10-18 tahun) terus meningkat, yaitu 7,2% (Riskesdas 2013), 8,8% (Sirkesnas 2016) dan 9,1% (Riskesdas 2018). Demikian juga proporsi kurangnya aktivitas fisik meningkat dari 26,1% menjadi 33,5%, dan 0,8% mengonsumsi minuman beralkohol berlebihan. Tren ini juga diikuti dengan peningkatan penduduk di Indonesia yang cenderung memiliki berat badan lebih (*overweight*) atau bahkan obesitas dari tahun ke tahun. *Overweight* meningkat dari 8,6% di tahun 2007 menjadi 13,6% di tahun 2018, *obese* meningkat dari 10,5% di tahun 2007 menjadi 21,8% di tahun 2018. Sementara itu juga tercatat lebih dari 95,5% masyarakat Indonesia yang berusia lebih dari 5 tahun mengonsumsi kurang dari 5 porsi buah dan sayur dalam sehari. Balitbangkes Kemenkes merilis data terbaru dari *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)* tahun 2019 menunjukkan bahwa 40,6% pelajar di Indonesia usia 13-15 tahun, 2 dari 3 anak laki-laki dan hampir 1 dari 5 anak perempuan sudah pernah menggunakan produk tembakau. Selain itu, 19,2% pelajar saat ini merokok dan di antara jumlah tersebut, 60,6% bahkan tidak dicegah ketika membeli rokok karena usia mereka, dan dua pertiga dari mereka dapat membeli rokok secara eceran. Data GYTS juga menunjukkan hampir 7 dari 10 pelajar melihat iklan atau promosi rokok di televisi atau tempat penjualan dalam 30 hari terakhir, dan sepertiga pelajar merasa pernah melihat iklan di internet atau media sosial.

Selain peningkatan PTM, pada masa Pandemi COVID 19 menunjukkan bahwa PTM adalah penyakit yang memperburuk kondisi orang yang terinfeksi COVID 19 dengan *fatalitas rate* yang cukup tinggi, sehingga perlu dilakukan penguatan pada program pencegahan dan pengendalian PTM agar populasi sehat tetap terjaga kesehatan dan kebugarannya, populasi yang memiliki faktor risiko dapat dipantau dan dicegah menjadi PTM dan penyandang PTM dapat tetap terkontrol penyakitnya dengan patuh berobat sesuai anjuran dokter. Penelitian retrospektif (Xun Li dkk, 2020), terhadap 25 pasien di Wuhan-China didapatkan hasil bahwa seluruh pasien meninggal karena gagal napas dengan penyakit penyerta Hipertensi, Diabetes, penyakit Jantung, ginjal, paru kronik dan keganasan. Meskipun data-data yang diperoleh masih belum dapat menggambarkan kuantitatif secara komprehensif, namun dari data ini dapat disimpulkan sementara, bahwa PTM akan memperburuk kondisi orang yang terinfeksi COVID-19. Studi di China oleh Zhou F dan kawan-kawan memperlihatkan bahwa perokok lebih berisiko 14 kali terinfeksi COVID-19, dan 2,4 kali berpotensi lebih besar untuk masuk dalam kondisi parah yang menyebabkan harus mendapatkan perawatan intensif menggunakan alat bantu pernafasan (ventilator) bahkan kematian.

Untuk dapat meningkatkan imunitas tubuh, maka setiap orang harus melakukan perubahan gaya hidup kearah yang lebih sehat. Hal ini tentu disesuaikan dengan kondisi kesehatannya, terutama untuk PTM sebagai kelompok berisiko infeksi

COVID-19. Oleh karena itu deteksi dini FR PTM sangat penting dilaksanakan agar dapat diketahui kondisi seseorang sejak dini, apakah dia sehat, atau sudah memiliki FR PTM atau sudah menyandang PTM. Berdasarkan hasil deteksi dini tersebut setiap orang akan ditindaklanjuti dengan pemberian edukasi untuk meningkatkan imunitas tubuhnya. Deteksi dini Faktor Risiko PTM atau skrining dimasa pandemi COVID-19 dapat dilakukan secara mandiri dengan alat pemeriksaan yang dimiliki sendiri dan hasil dapat dikomunikasikan dengan dokter online atau kader di posbindu melalui pemanfaatan teknologi informasi. Selain itu dapat juga dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, di desa atau di tempat kerja maupun kampus melalui sarana posbindu dengan memperhatikan kebijakan penanganan pandemi yang ditetapkan oleh Pemda setempat.

2. Penyakit Menular

Pandemi Covid-19 telah menurunkan capaian layanan program TB dan pengurangan beban TB. Secara global, capaian target program TB jauh dari harapan, walaupun ada beberapa negara yang dapat mencapai target. Dampak yang paling nyata terlihat pada penurunan besar-besaran secara global pada penemuan kasus baru dan pelaporan kasus. Penurunan ini dari sebesar 7,1 juta pada tahun 2019 menjadi 5,8 juta pada tahun 2020, dan penurunan sebesar 18% dari perkiraan jumlah kasus TB pada tahun 2020 sebesar sekitar 10 juta kasus. Sebanyak 16 negara mengalami penurunan sebesar 93%, dimana yang terdampak paling buruk adalah negara India, Indonesia dan Filipina. Penurunan akses terhadap diagnosa dan pengobatan TB memberikan dampak pada peningkatan angka kematian akibat TB. Perkiraan angka kematian karena TB pada orang dengan status HIV negatif pada tahun 2020 sebesar 1,3 juta, sedangkan pada tahun 2019 sebesar 1,2 juta dan tambahan sebanyak 214.000 pada orang dengan status HIV positif sedangkan pada tahun 2019 hanya 209.000 saja, dengan kombinasi total sama dengan level pada tahun 2017.

Penurunan pada insiden TB (jumlah orang yang terkena TB setiap tahunnya) yang sudah dicapai pada tahun-tahun sebelumnya mungkin melambat atau bahkan berhenti. Dampak ini diperkirakan akan semakin buruk pada tahun 2021 dan 2022. Dampak lainnya termasuk penurunan jumlah orang yang mendapatkan layanan pengobatan TB kebal obat pada tahun 2019 dan 2020 yakni sebesar 15%, dari 177.100 menjadi 150.359, sekitar 1 dari 3 dari yang membutuhkan. Pemberian terapi pencegahan TB menurun sebesar 21%, dari 3,6 juta menjadi 2,8 juta, serta penurunan secara global pada pembelanjaan diagnose TB, layanan pencegahan dan pengobatan dari 5,8 milyar dolar Amerika menjadi 5,3 milyar dolar Amerika, sekitar setengah dari yang dibutuhkan.

Berdasarkan capaian ini, maka tindakan mitigasi perlu dilakukan segera untuk mengatasi dampak tersebut. Prioritas utama adalah memperbaiki akses dan provisi layanan TB esensial seperti deteksi dini kasus TB dan pengobatan TB minimal sebagaimana pada tahun 2019, terutama pada negara-negara yang terdampak parah. Negara-negara yang berkontribusi terhadap penurunan global pada tahun 2019 dan 2020 adalah India (41%), Indonesia (14%), Filipina (12%)

dan China (8%); dan 12 negara lainnya hingga total 93% dari penurunan global sebanyak 1.3 juta Notifikasi secara bulanan dan triwulan dari kasus baru selama 2020 dan semester awal tahun 2021 secara substansial berada pada posisi di bawah rata-rata capaian tahun 2019 pada negara dengan beban TB tinggi. Perbedaan pengurangan capaian notifikasi tahunan antara tahun 2019 dan 2020 terdapat di Gabon (80%), Filipina (37%), Lesotho (35%), Indonesia (31%) dan India (25%).

Berdasarkan letak geografisnya, kasus TB pada tahun 2020 paling banyak di regional Asia Tenggara (43%), Afrika (25%) dan Pasifik Barat (18%), dan persentase yang sedikit di Timur Tengah (8,3%), Amerika (3,0%) dan Eropa (2,3%). Ada 8 negara dengan jumlah kasus dua per tiga dari total kasus global, yaitu India (26%), Cina (8,5%), Indonesia (8,4%), Filipina (6%), Pakistan (5,8%), Nigeria (4,6%), Bangladesh (3,6%) dan Afrika Selatan (3,3%). Data Badan Kesehatan Dunia WHO yang dimuat pada *Global TB Report 2021*, memperlihatkan indikator yang dipakai dalam mencapai tujuan “*End the Global TB epidemic*” adalah jumlah kematian akibat TB per tahun, angka kejadian (*incidence rate*) per tahun serta persentase rumah tangga yang menanggung biaya pengobatan TB. Menurut *TB Global Report* tahun 2021 untuk Indonesia, angka kejadian (insidensi) TB tahun 2020 adalah 301 per 100.000 (sekitar 824.000 pasien TB), dan 2,18% (18.000 kasus) di antaranya dengan TB/HIV. Angka kematian TB adalah 34,2 per 100.000 penduduk (jumlah kematian 93.000) tidak termasuk angka kematian akibat TB/HIV. WHO memperkirakan ada 24.000 kasus *Multi Drug Resistance* (MDR) di Indonesia.

Secara global, epidemi HIV mengalami penurunan sekitar 52% sejak 1997, sehingga pada tahun 2020 diperkirakan terjadi sekitar 1,5 juta infeksi baru pada dewasa dan anak. Program-program untuk meningkatkan cakupan pengobatan ARV juga mulai menuai hasil. Secara relatif, terjadi peningkatan proporsi ODHA yang mendapatkan ARV dari 62% pada tahun 2018 menjadi 73% tahun 2020. Beberapa negara telah menjalankan Test and Treat dimana inisiasi pengobatan ARV dilakukan segera setelah hasil tes HIV positif tanpa perlu merujuk pada nilai CD4. Pengendalian HIV dan AIDS di dunia cukup berhasil menurunkan infeksi baru HIV sampai dengan 31% sejak 2010 (2,1 juta) ke 1,5 juta di tahun 2020. Di regional Asia Pasifik juga terjadi peningkatan cakupan pengobatan ARV dari 54% (tahun 2018) menjadi 64% (tahun 2020). Kematian yang dikaitkan dengan AIDS diperkirakan menurun sampai 130.000 orang pada 2020 atau menurun dari 70.000 orang pada 2018. Situasi epidemi HIV AIDS di Indonesia sampai dengan bulan September tahun 2021 masih terkonsentrasi pada populasi kunci dengan penyebaran kasus HIV AIDS di 502 (97,66%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Berdasarkan laporan perkembangan HIV AIDS Kementerian Kesehatan hingga September tahun 2021 diketahui bahwa jumlah kumulatif kasus HIV yang ditemukan sebesar 444.495 kasus, sedangkan jumlah kumulatif kasus AIDS sebanyak 133.603 orang.

World Malaria Report tahun 2021, melaporkan secara global, diperkirakan ada 241 juta kasus malaria pada tahun 2020 di 85 Negara endemis malaria, meningkat dari 227 juta pada tahun 2019, sebagian besar peningkatan ini berasal dari negara-negara di Wilayah Afrika, dengan perkiraan kasus sebanyak 228 juta kasus pada tahun 2020, dan menyumbang sekitar 95% dari kasus global. Secara global, kematian akibat malaria terus menurun selama periode 2000–2019, dari 896.000 pada tahun 2000 menjadi menjadi 558.000 pada tahun 2019. Pada tahun 2020, kematian akibat malaria meningkat sebesar 12% dibandingkan dengan 2019, menjadi sekitar 627.000.

Pada tahun 2020, wilayah Asia Tenggara memiliki 5 juta (38%) perkiraan kasus dan 8.900 perkiraan kematian dari perkiraan beban malaria secara global. Tiga negara menyumbang dari perkiraan kasus di wilayah Asia tenggara yaitu India menjadi yang terbesar kontributor (82,5%), diikuti oleh Indonesia (15,6%) dan Myanmar (1,6%). Pada tahun 2020, sekitar 512 000 kasus dilaporkan dan 99,9% dikonfirmasi. Indonesia menyumbang proporsi tertinggi dari kasus yang dilaporkan di wilayah Asia tenggara (49,6%), diikuti oleh India (36,4%). Kesenjangan antara kasus yang dilaporkan dan perkiraan kasus di India pada tahun 2020 disebabkan oleh karena penemuan dan diagnosis serta pengobatan sangat menurun yang dipengaruhi oleh gangguan layanan selama pandemi COVID-19. Berdasarkan laporan system informasi malaria sampai akhir Desember 2021 terdapat 245.869 kasus positif malaria yang dilaporkan. Lebih dari 90% kasus positif berasal dari kabupaten/kota endemis tinggi di Kawasan Timur Indonesia (KTI) yaitu Provinsi Papua, Papua Barat dan Nusa Tenggara Timur dengan jumlah kasus tertinggi di Provinsi Papua.

Satu miliar penduduk di dunia berisiko tertular penyakit kaki gajah atau filariasis di 72 negara dan diperkirakan sekitar 36 juta orang mengalami kecacatan akibat filariasis. Dalam Pertemuan ke 73 World Health Assembly (WHA) secara Virtual tanggal 12 November 2020, WHO telah meluncurkan Roadmap untuk penyakit tropis terabaikan (Neglected Tropical Diseases /NTDs) tahun 2021–2030. Roadmap NTDs tersebut menargetkan eliminasi dan eradikasi pada penyakit NTDs salah satunya penyakit filariasis pada Tahun 2030. Indonesia termasuk salah satu negara dengan jumlah penduduk terbanyak yang berisiko tinggi tertular penyakit kaki Gajah. Pemetaan endemisitas Kabupaten/Kota yang dilaksanakan sampai tahun 2014 menetapkan 236 kabupaten/kota dari 514 kabupaten/kota di Indonesia sebagai daerah endemis filariasis. Pemerintah bertekad mewujudkan Indonesia bebas kaki gajah, oleh karena itu melalui kampanye Bulan Eliminasi Penyakit Kaki Gajah (BELKAGA), setiap penduduk kabupaten/kota endemis filariasis serentak minum obat pencegahan setiap bulan Oktober selama 5 tahun berturut-turut. Pada tahun 2021, sebanyak 204 kabupaten/kota diantaranya telah selesai melaksanakan Pemberian Obat Pencegahan Masal (POPm) Filariasis selama 5 tahun. Sementara sebanyak 32 kabupaten kota masih melaksanakan POPm filariasis.

Tahun 2021, pandemi COVID-19 masih menjadi masalah kesehatan diseluruh dunia. Peningkatan jumlah kasus COVID-19 berlangsung cukup cepat, penyebaran virus dalam waktu singkat dan munculnya varian baru COVID-19 menjadi tantangan sampai saat ini. Sampai dengan tanggal 27 Januari 2022, WHO melaporkan 360.578.392 kasus konfirmasi dengan 5.620.865 kematian (CFR 1,6%). Di Indonesia, data 27 Januari 2022, Kementerian Kesehatan melaporkan 4.309.270 kasus konfirmasi COVID-19 dengan kasus sembuh sebanyak 4.129.305 dan 144.261 kasus meninggal (CFR 3,3%).

Situasi pandemi COVID-19 di Indonesia berdampak pada semua sektor seperti sektor kesehatan, ekonomi dan sektor lainnya. Penerapan kebijakan *lockdown* di beberapa negara dan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) diberlakukan untuk menekan penyebaran virus ini. PSBB adalah salah satu upaya dari pemerintah Indonesia untuk memutus dan mencegah penyebaran virus corona yang semakin meluas di Indonesia. PSBB diterapkan selama masa inkubasi terpanjang 14 hari tetapi tidak menutup kemungkinan diperpanjang jika masih terdapat bukti penyebaran. Selain PSBB, di beberapa daerah diberlakukan juga pembatasan kegiatan berkumpul lainnya yang diterbitkan melalui Surat Kepala Daerah. Hal ini berdampak pada tidak berjalannya beberapa program kesehatan di Indonesia antara lain kegiatan imunisasi di Posyandu menjadi terhenti di beberapa daerah baik karena adanya kebijakan dari Pemda setempat maupun karena ketakutan petugas memberikan layanan imunisasi di situasi pandemi COVID-19 serta kekhawatiran orang tua untuk membawa anaknya ke pelayanan imunisasi, sehingga kunjungan untuk imunisasi pun menurun.

C. VISI DAN MISI

Visi dan Misi Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 mengikuti Visi dan Misi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia maju yang berdaulat, mandiri dan berkepribadian berlandaskan gotong-royong”. Upaya untuk mewujudkan visi ini dilaksanakan melalui 9 misi pembangunan yaitu:

1. Peningkatan kualitas manusia Indonesia;
2. 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.

Untuk mewujudkan visi dan misi Presiden, Kementerian Kesehatan menetapkan 5 tujuan strategis yakni:

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

D. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 25 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, susunan organisasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terdiri atas:

1. Sekretariat Direktorat Jenderal.
2. Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan (SKK)
3. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung (P2PML)
4. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik (P2PTVZ)
5. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM)
6. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza (P2PMKJN)

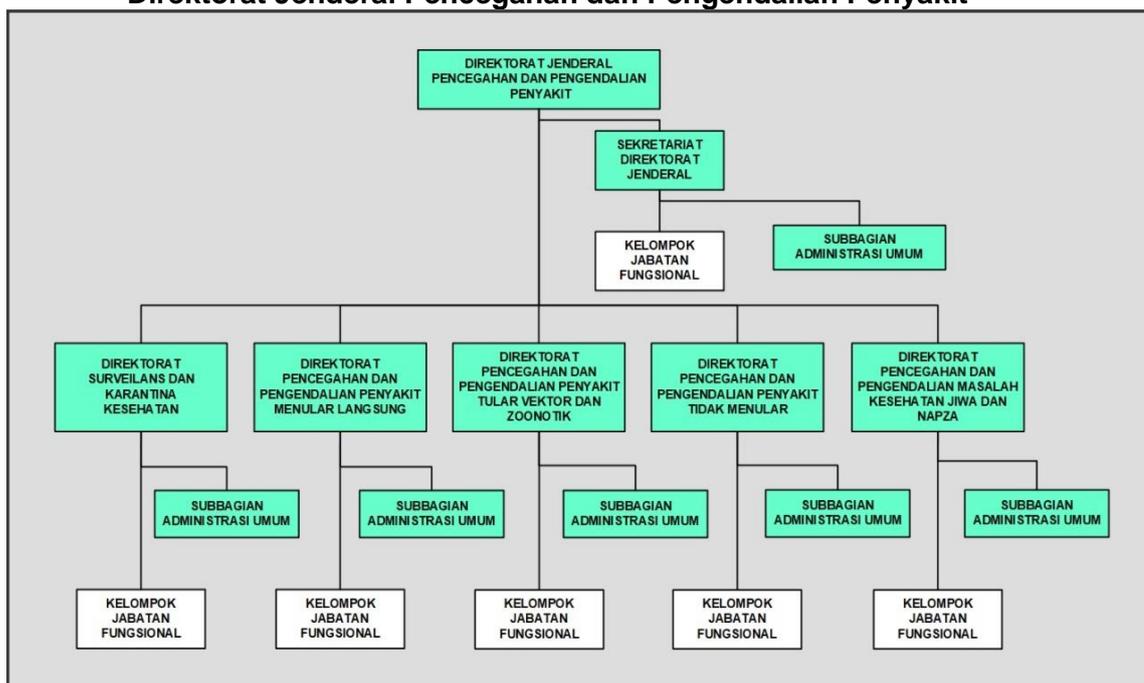
Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam melaksanakan tugas, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit melaksanakan fungsi antara lain sebagai berikut:

1. Perumusan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik, dan penyakit tidak menular, serta upaya kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika, dan Zat adiktif lainnya (NAPZA);
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik, dan penyakit tidak menular, serta upaya kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika, dan Zat adiktif lainnya (NAPZA);
3. Penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik, dan penyakit tidak menular, serta upaya kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika, dan Zat adiktif lainnya (NAPZA);
4. Pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik, dan penyakit tidak menular, serta upaya kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika, dan Zat adiktif lainnya (NAPZA);
5. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik, dan penyakit tidak menular, serta upaya kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika, dan Zat adiktif lainnya (NAPZA);

6. Pelaksanaan administrasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit; dan
7. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

Struktur organisasi Ditjen P2P mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

Gambar 1.1
Struktur Organisasi
Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

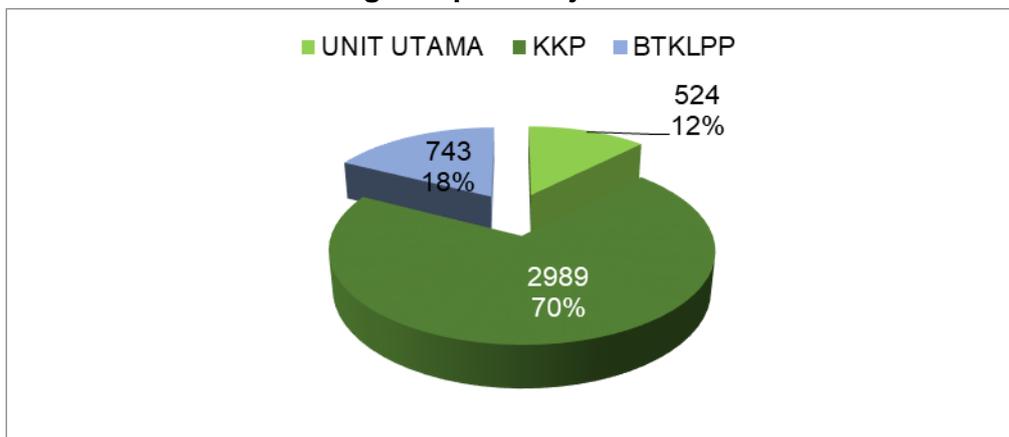


Terdapat perbedaan SOTK pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2020 dibandingkan dengan pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 yakni adanya kelompok jabatan fungsional dan penyederhanaan jabatan struktural dengan meniadakan Kasubdit, Kabag dan Kasie.

E. SUMBER DAYA MANUSIA

Pada tahun 2021, jumlah pegawai Ditjen P2P tersebar pada Satuan Kerja yang berada pada Unit Pusat maupun Unit Pelaksana Teknis sebanyak 4.256 orang. Jumlah pegawai pada Balai Besar/Balai Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pemberantasan Penyakit (B/BTKLPP) sebanyak 743 orang (18%), Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) sebanyak 2.989 orang (70%), dan pada kantor pusat adalah 524 orang (12%) seperti dalam grafik berikut ini:

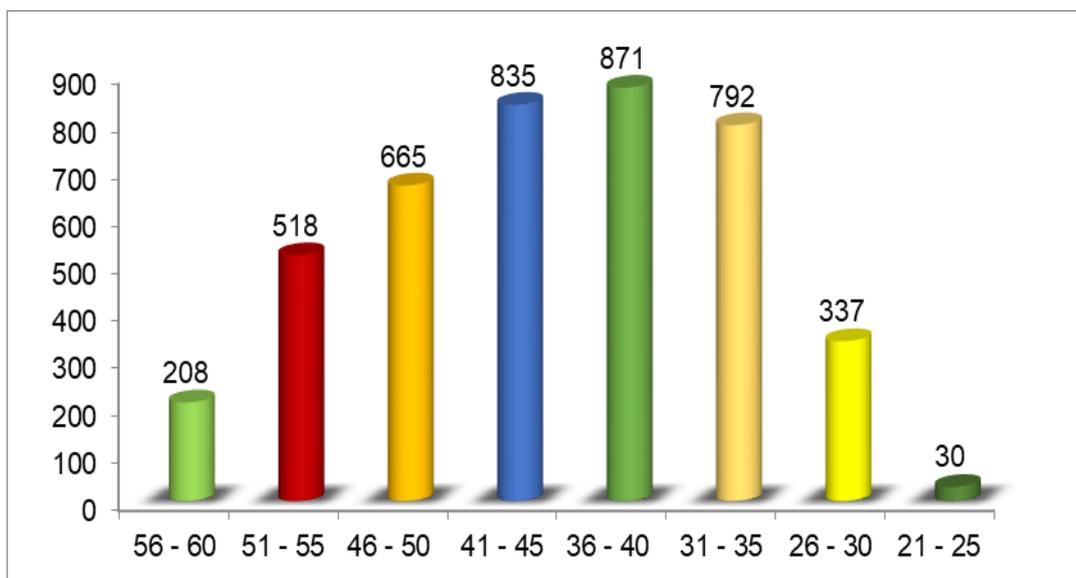
Grafik 1.1
Distribusi Pegawai pada Ditjen P2P Tahun 2021



Sumber data : Bagian Kepagawaian dan Umum Tahun 2020 per tanggal 21 Januari 2022

Distribusi pegawai berdasarkan kelompok umur, terbanyak pada kelompok umur 36-40 tahun dan paling sedikit pada kelompok umur 21-25 tahun, seperti dalam grafik berikut ini:

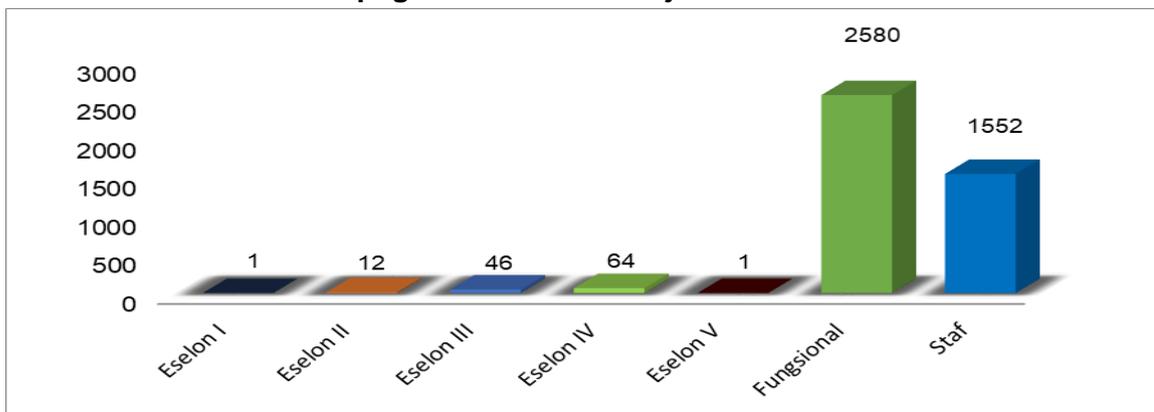
Grafik 1.2
Distribusi pegawai berdasarkan kelompok umur Tahun 2021



Sumber data : Bagian Kepagawaian dan Umum Tahun 2020 per tanggal 21 Januari 2022

Distribusi pegawai berdasarkan jabatan terbagi menjadi jabatan struktural, jabatan fungsional tertentu dan staf pelaksana. Berdasarkan grafik dibawah ini, maka jabatan paling banyak pada Ditjen P2P adalah jabatan fungsional tertentu sebanyak 2.580 orang (61%), jabatan staf pelaksana sebanyak 1.552 orang (36%) dan jabatan struktural sebanyak 124 (3%), seperti dalam grafik dibawah ini:

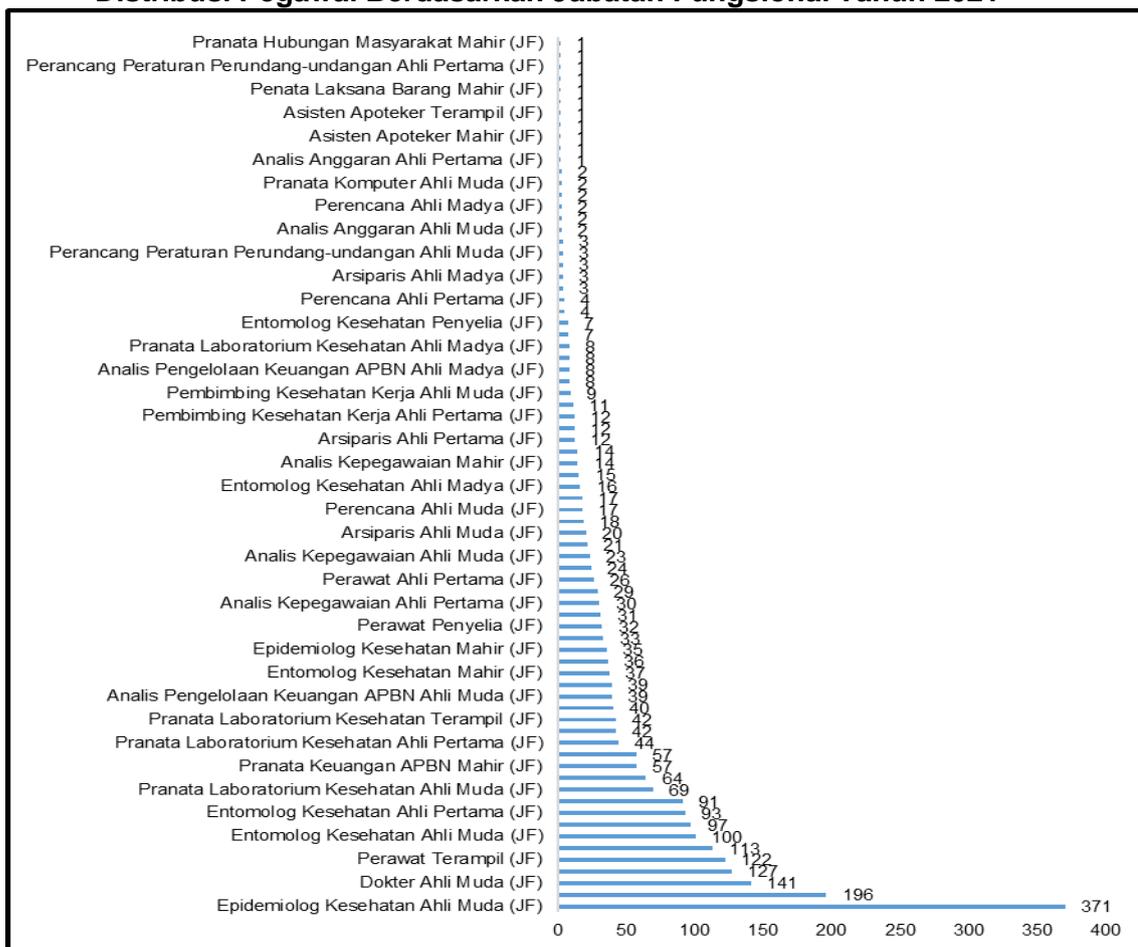
Grafik 1.3
Distribusi pegawai berdasarkan jabatan Tahun 2021



Sumber data : Bagian Kepagawaian dan Umum Tahun 2020 per tanggal 21 Januari 2022

Distribusi pegawai berdasarkan jabatan fungsional digambarkan dalam grafik berikut ini dimana jabatan fungsional terbanyak adalah epidemiolog kesehatan ahli muda sebanyak 371 orang, secara lengkap dijelaskan dalam grafik berikut ini:

Grafik 1.4
Distribusi Pegawai Berdasarkan Jabatan Fungsional Tahun 2021



Sumber data : Bagian Kepegawaian dan Umum Tahun 2020, per tanggal 21 Januari 2022

F. SISTEMATIKA PENULISAN

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 Ditjen P2P Tahun 2020.

3. Bab III Akuntabilitas Kinerja

a. Capaian Kinerja Organisasi

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

b. Realisasi Anggaran

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

4. Bab IV Penutup

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

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN KINERJA

Perencanaan kinerja merupakan suatu proses yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama kurun waktu satu sampai dengan lima tahun secara sistematis dan berkesinambungan dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau yang mungkin timbul. Direktorat Jenderal P2P telah menyusun Rencana Aksi Program (RAP) Tahun 2020-2024 yang mengacu kepada Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan dan RPJMN Tahun 2020-2024. Dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 telah ditetapkan sasaran strategis yakni:

1. Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat;
2. Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan;
3. Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat;
4. Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan;
5. Meningkatnya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar;
6. Terjaminnya pembiayaan kesehatan;
7. Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih;
8. Meningkatnya efektivitas pengelolaan litbangkes dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan.

Sasaran strategis Kementerian Kesehatan terkait Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit yakni meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat dan meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat. Sasaran Strategis meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat dijabarkan melalui Indikator Kinerja Strategis (ISS) yakni:

1. Menurunnya insidensi TB menjadi 190 per 100.000 penduduk pada tahun 2024;
2. Menurunnya insidensi HIV menjadi 0,18% pada tahun 2024;
3. Meningkatkan eliminasi malaria di 405 kab/kota pada tahun 2024;
4. Kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap sebanyak 95% pada tahun 2024;
5. Meningkatnya Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular lainnya termasuk NTD sebanyak 514 Kabupaten/Kota pada tahun 2024;
6. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM sebesar 86% pada tahun 2024.

Sedangkan sasaran strategis meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat dijabarkan dengan Indikator Kinerja Strategis yakni 100% Kabupaten/Kota menerapkan Kebijakan KTR pada akhir tahun 2024.

Guna mencapai sasaran strategis, disusun strategi Program P2P yang mengacu pada strategi Kementerian Kesehatan yakni:

- a. Perluasan cakupan deteksi dini Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular, termasuk pencapaian cakupan SPM Bidang Kesehatan;
- b. Peningkatan inovasi pengendalian vektor, termasuk pengendalian vektor terpadu, dan pengendalian vektor secara biologis;
- c. Penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera;
- d. Penguatan sanitasi total berbasis masyarakat;
- e. Peningkatan akses air bersih dan perilaku higienis;
- f. Penguatan legislasi, kebijakan dan pembiayaan untuk kegawatdaruratan kesehatan masyarakat;
- g. Peningkatan advokasi dan komunikasi;
- h. Peningkatan program pencegahan resistensi antibiotika, penyakit zoonosis, keamanan pangan, manajemen biorisiko;
- i. Penguatan sistem laboratorium nasional, termasuk laboratorium kesehatan masyarakat untuk penguatan surveilans;
- j. Penguatan *reporting* dan *real time surveillance* untuk penyakit berpotensi wabah dan penyakit baru muncul (*new emerging diseases*);
- k. Membangun sistem kewaspadaan dini;
- l. Membangun kemampuan fasyankes untuk respon cepat;
- m. Peningkatan kemampuan daerah termasuk SDM

Dalam rangka menjamin tercapainya Tujuan Strategis, Sasaran Strategis, dan Indikator Sasaran Strategis, maka ditetapkan Sasaran Program, Indikator Kinerja Program (IKP), Sasaran Kegiatan, dan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK). Sasaran Program dan IKP Ditjen P2P telah ditetapkan dalam RAP Tahun 2020-2014 dengan penyesuaian pada tugas pokok dan fungsi Ditjen P2P. Sasaran program P2P adalah menurunnya penyakit menular, penyakit tidak menular serta meningkatnya kesehatan jiwa, yang ditandai dengan Indikator Kinerja Program (IKP) yakni:

1. Persentase Orang dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART) sebesar 60% pada akhir tahun 2024;
2. Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate) sebesar 90% pada akhir tahun 2024;
3. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria sebanyak 405 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
4. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta sebanyak 514 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
5. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi sebanyak 190 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
6. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun sebanyak 350 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;

7. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM sebanyak 514 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
8. Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan sebesar 95% pada akhir tahun 2024;
9. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza sebanyak 514 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
10. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM sebesar 86% pada akhir tahun 2024;
11. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan sebanyak 472 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024.
12. Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan sebesar 100% pada akhir tahun 2024;
13. Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan sebesar 100% pada akhir tahun 2024.

Indikator Kinerja Program Ditjen P2P tahun 2020-2024 digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.1
Indikator Kinera Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit
Tahun 2020-2024

SASARAN	INDIKATOR	TARGET				
		2020	2021	2022	2023	2024
Menurunnya penyakit menular, penyakit tidak menular serta meningkatnya kesehatan jiwa	1. Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)	40	45	50	55	60
	2. Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate)	90	90	90	90	90
	3. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	325	345	365	385	405
	4. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta	416	436	458	482	514
	5. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	80	93	106	150	190
	6. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun	50	100	175	275	350
	7. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan	52	129	232	360	514

SASARAN	INDIKATOR	TARGET				
		2020	2021	2022	2023	2024
	pengendalian PTM					
	8. Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan	79,3	83,8	87,9	91,6	95
	9. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza	330	380	430	480	514
	10. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	56	65	74	83	86
	11. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan	42	172	283	383	472
	12. Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan	86	89	93	97	100
	13. Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan	80	85	90	95	100

B. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit merupakan dokumen pernyataan dan kesepakatan kinerja atas penggunaan anggaran antara Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dengan Menteri Kesehatan Republik Indonesia untuk mewujudkan target-target Indikator Kinerja Program Ditjen P2P. Perjanjian Kinerja Ditjen P2P disusun berdasarkan indikator yang tertuang dalam Rencana Rencana Aksi Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020-2024 dan telah mendapat persetujuan anggaran. Perjanjian Kinerja Ditjen P2P Tahun 2021 telah ditandatangani, didokumentasikan dan ditetapkan setelah turunnya DIPA Tahun 2021 pada bulan Desember 2020. Target-target kinerja sasaran kegiatan yang ingin dicapai Ditjen P2P dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2021 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2
Perjanjian Kinerja
Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit
Tahun 2021

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
1.	Program pencegahan dan pengendalian penyakit	1. Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)	45%
		2. Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate)	90%
		3. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	345 kab/kota
		4. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta	436 kab/kota
		5. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	93 kab/kota
		6. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun	100 kab/kota
		7. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM	129 kab/kota
		8. Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan	83,8%
		9. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza	380 kab/kota
		10. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	65%
		11. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan	172 kab/kota
		12. Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan	89%
		13. Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan	85%

Pada Perjanjian Kinerja Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2021 telah dialokasikan anggaran sebesar Rp. Rp. 3.923.155.155.000.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA

Capaian kinerja menggambarkan hasil pelaksanaan Rencana Aksi Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2021. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan capaian kinerja dengan target kinerja dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja. Berikut adalah target dan capaian indikator program pencegahan dan pengendalian penyakit tahun 2021:

Tabel 3.1
Target dan Capaian Indikator Program P2P Tahun 2021

NO	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KINERJA
1	Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)	45%	28%	62,2%
2	Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate)	90%	83%	92,2%
3	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	345 Kab/Kota	347 Kab/Kota	100,6%
4	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta	436 Kab/Kota	415 Kab/Kota	95,2%
5	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	93 Kab/Kota	72 Kab/Kota	77,4%
6	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun	100 Kab/Kota	94 Kab/Kota	94%
7	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM	129 Kab/Kota	320 Kab/Kota	248%
8	Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan	83,8%	47,7%	56,9%
9	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza	380 Kab/Kota	327 Kab/Kota	86,05%
10	Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	65%	65%	100%
11	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan	172 Kab/Kota	101 Kab/Kota	42,9%
12	Persentase faktor resiko penyakit di pintu	89%	99,9%	112,2%

NO	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KINERJA
	masuk yang dikendalikan			
13	Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan	85%	61,7%	72,3%
Rata-Rata Capaian				96,6%

Dari 13 indikator pada Perjanjian Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020, terdapat 3 indikator yang melebihi target yang ditetapkan, 1 indikator mencapai target 100% sedangkan 9 indikator tidak mencapai target, dengan rata-rata capaian kinerja sebesar 96,6%. Jika dibandingkan dengan rata-rata capaian tahun 2020, maka rata-rata capaian tahun 2021 (96,6%) lebih tinggi dari tahun 2020 (69,3%) dengan peningkatan capaian sebesar 39,4%. Gambaran atas upaya peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit pada tahun 2021 dijelaskan pada 13 Indikator Kinerja Program P2P di bawah ini:

1. Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART) sebesar 45%

a. Penjelasan Indikator

Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) adalah orang yang secara positif didiagnosa terinfeksi HIV/AIDS. Indikator ODHA on ART merupakan salah satu indikator dalam pencegahan dan pengendalian penyakit HIV AIDS. Untuk memutuskan mata rantai penularan HIV AIDS untuk mengakhiri AIDS pada tahun 2030, maka diharapkan setiap ODHA yang ditemukan diobati, sehingga virus dapat tersupresi (jumlah virus didalam tubuh sangat rendah) dan tidak lagi berpotensi menularkan kepada orang lain.

b. Defenisi Operasional

Jumlah Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) yang sedang menjalani terapi obat Anti Retro Virus (ARV) terus menerus, baik pada ODHA yang baru memulai terapi di tahun ini maupun ODHA yang memulai terapi dari tahun-tahun sebelumnya.

c. Rumus/cara perhitungan

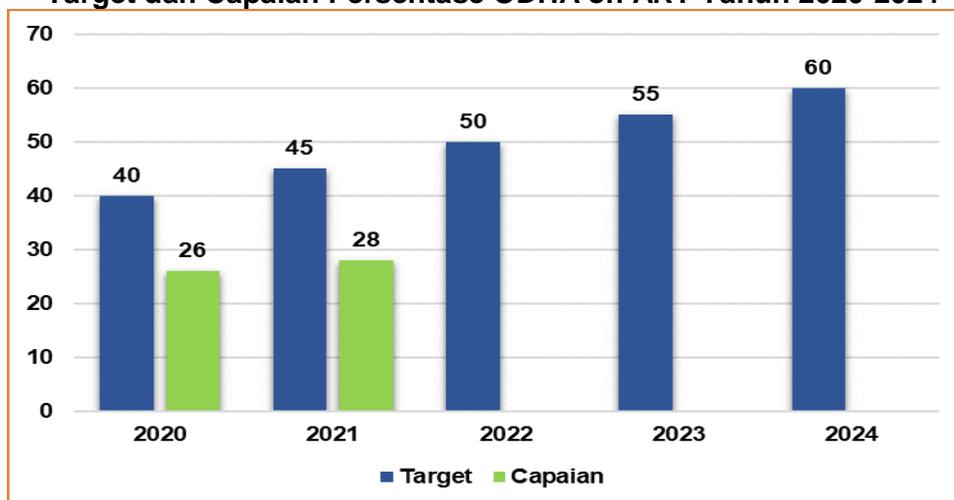
Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)	$= \frac{\text{Jumlah ODHA Dengan HIV AIDS (ODHA) yang sedang menjalani terapi obat Anti Retro Virus (ARV) terus menerus (ODHA on ART)}}{\text{Jumlah estimasi ODHA dalam kurun waktu tertentu}} \times 100\%$
--	--

d. Capaian Indikator

Indikator ODHA on ART menggambarkan sejauh mana program mampu mengendalikan laju transmisi penyakit. Capaian indikator persentase ODHA on ART tahun 2021 belum mencapai target yakni sebesar 28% dari target 45% atau

sebesar 62,2%, meskipun demikian terdapat peningkatan capaian sebesar 2% dari tahun 2020 (26%) dengan tahun 2021 (28%), seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

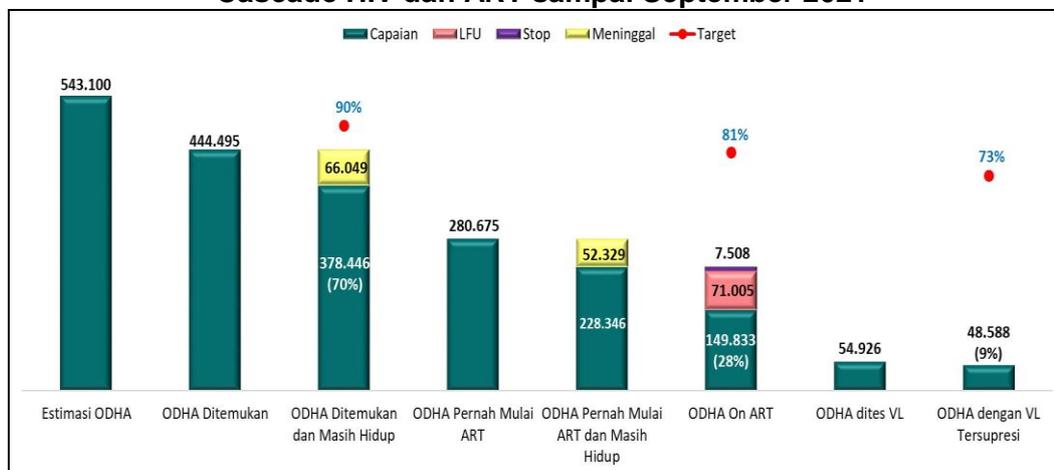
Grafik 3.1
Target dan Capaian Persentase ODHA on ART Tahun 2020-2024



Sumber data : Laporan Substansi HIV AIDS per 19 Januari 2022

Dari grafik diatas terlihat selama 2 tahun berturut-turut tidak mencapai target sehingga diperkirakan untuk tahun 2022-2024 tidak berjalan *on track* dan perlu upaya keras untuk mencapai target tersebut. Data kaskade HIV dan ART sampai September 2021 menunjukkan dari jumlah estimasi ODHA tahun 2021 sebanyak 543.100 orang, jumlah ODHA yang ditemukan sebanyak 444.495 orang (81,8%). Jumlah ODHA yang ditemukan dan masih hidup (378.446 orang) dilaporkan mencapai 69,6% dari jumlah estimasi ODHA hidup (543.100 orang). ODHA yang rutin menerima pengobatan ARV sebanyak 28% (149.833 orang) dari estimasi ODHA (543.100 orang) dengan *lost to follow up*/LFU setelah memulai pengobatan ARV (71.005 orang) sebesar 25% dari ODHA yang pernah memulai pengobatan ARV (280.675 orang). Secara lengkap dalam grafik berikut ini:

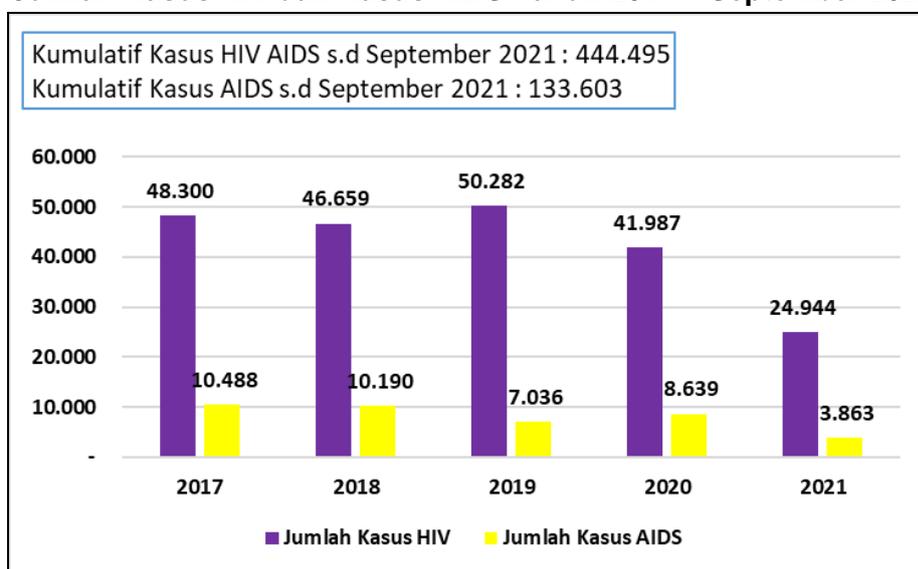
Grafik 3.2
Cascade HIV dan ART sampai September 2021



Sumber data : Laporan Substansi HIV AIDS per Oktober 2021

Tren temuan kasus HIV dan AIDS sejak tahun 2017 – 2020 menunjukkan bahwa kasus HIV setiap tahun berada pada angka 40.000 – 50.000 kasus. Sedangkan sampai September tahun 2021 mengalami penurunan. Kasus AIDS digambarkan kurang dari 10.000 kasus per tahun sejak 2019. Kebijakan pengendalian HIV adalah melakukan tes dan pengobatan (*test and treat*) dimana setiap kasus yang ditemukan harus mendapatkan pengobatan sedini mungkin. Kebijakan ini diharapkan dapat menekan kasus yang terlambat mendapatkan akses pengobatan sehingga ODHA lebih dini mendapatkan tatalaksana yang baik dan memiliki kualitas hidup yang optimal dan sehat. Tujuan akhirnya adalah dapat menekan angka kematian yang berhubungan dengan AIDS sekaligus mendukung pemerintah dalam meningkatkan SDM yang berkualitas dan memiliki daya saing. Secara lengkap trend kasus HIV/AIDS digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.3
Jumlah Kasus HIV dan Kasus AIDS Tahun 2017 – September 2021

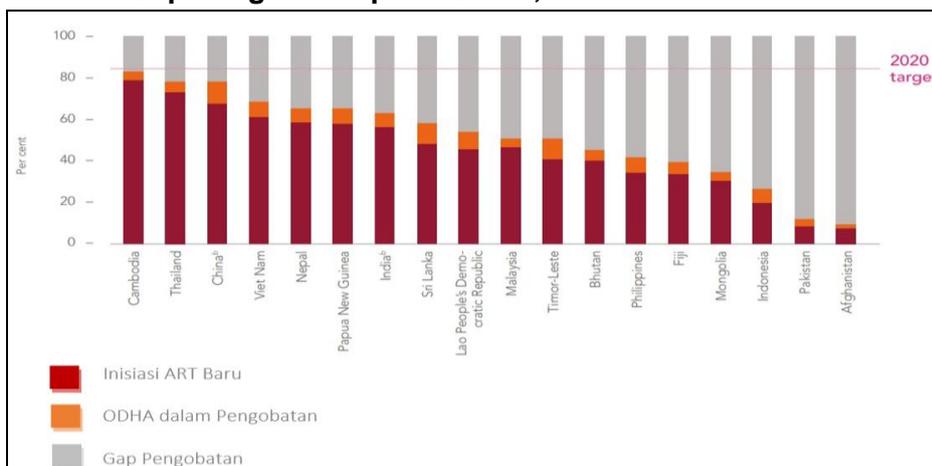


Sumber data : Laporan Substansi HIV AIDS per Oktober 2021

Bila dibandingkan dengan indikator RPJMN dan indikator sasaran strategis dalam Renstra Kementerian Kesehatan yakni menurunnya insidensi HIV menjadi 0,21 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV, maka indikator ODHA on ART akan mempengaruhi insidensi HIV karena apabila ODHA teratur minum ARV maka setelah 6 bulan virusnya akan tersupresi dan potensi penularan kepada orang lain menjadi sangat rendah. Hal ini tentu dapat menekan terjadinya infeksi baru. Saat ini data riil infeksi baru belum dapat dilihat dari sistem pencatatan yang ada. Infeksi baru atau insidensi diukur dengan menggunakan *tools* AEM (*AIDS Epidemic Model*) dengan memasukkan data temuan kasus HIV, ODHA on ARV, angka penjangkauan, pemanfaatan kondom dalam pencegahan dan beberapa variabel lain yang terkait ke dalam *tools* tersebut. Penghitungan dengan *tools* ini akan menghasilkan angka estimasi ODHA termasuk juga insiden.

Jika dibandingkan dengan negara lain khususnya di Asia Pasifik, pada tahun 2020, Indonesia berada pada urutan tiga terendah terkait proporsi ODHA on ART. Tahun 2020 capaian indikator ODHA on ART Indonesia adalah 26%, seperti digambarkan pada grafik berikut ini:

Grafik 3.4
Proporsi Inisiasi ART Baru, ODHA dalam Pengobatan dan Gap Pengobatan pada ODHA, Asia Pasifik Tahun 2020



Sumber data : Global AIDS Update, UNAIDS , 2021

Pada grafik di atas, yang berwarna merah adalah ODHA yang masih dalam pengobatan (*on ART*) dan yang berwarna oranye adalah yang baru pengobatan di tahun 2020 sehingga dapat dilihat capaian indikator ODHA on ART pada tahun 2020, Indonesia sebesar 26%. Indikator ini memperlihatkan persentase jumlah Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) yang sedang menjalani terapi obat Anti Retro Virus (ARV) terus menerus, baik pada ODHA yang baru memulai terapi di tahun 2020 maupun ODHA yang memulai terapi dari tahun-tahun sebelumnya dibandingkan jumlah estimasi ODHA. *Bar* yang berwarna abu-abu memperlihatkan gap yang harus dicapai setiap negara sesuai dengan target berdasarkan estimasi ODHA yang dimiliki.

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Saat ini Indonesia memiliki kebijakan untuk melakukan tatalaksana semua kasus HIV yang ditemukan tanpa memandang hasil CD4 atau menunggu hasil pemeriksaan laboratorium untuk mengukur fungsi hati, fungsi ginjal atau pemeriksaan laboratorium penunjang lainnya. Jadi, semua kasus yang ditemukan bisa langsung diberikan pengobatan. Selain itu, sesuai dengan Standar Nasional Pendidikan Profesi Dokter Indonesia tahun 2019, penyakit HIV AIDS tanpa komplikasi masuk sebagai daftar penyakit dengan tingkat kemampuan 4, sehingga dokter dapat melaksanakan penatalaksanaan penyakit HIV secara mandiri. Pengobatan HIV yang awalnya dilaksanakan di level FKRTL (Rumah Sakit) diperluas sampai level layanan primer (Puskesmas). Namun, belum semuanya puskesmas mampu menemukan kasus HIV dan melakukan tatalaksana untuk kasus HIV.

Jumlah layanan kesehatan (puskesmas, klinik, dan rumah sakit) yang hanya mampu melakukan tes jauh lebih besar daripada jumlah layanan kesehatan yang mampu melakukan tes dan pengobatan atau sering disebut layanan PDP (Perawatan Dukungan dan Pengobatan). Jumlah ini selalu ditingkatkan dengan melakukan perluasan layanan melalui pelatihan atau orientasi di tingkat pusat dan provinsi. Jumlah layanan tes yang banyak memudahkan dan membantu meningkatkan capaian tes HIV di Indonesia. Namun jika jumlah layanan PDP tidak mengalami peningkatan yang juga signifikan maka jika ditemukan kasus positif, maka risiko kasus tersebut tidak melakukan pengobatan atau hilang setelah pengobatan (LTFU) akan tetap ada.

Sampai Desember tahun 2020, jumlah layanan tes yang melapor adalah 7391 layanan (74%) dari 9951 layanan yang melapor. Tahun 2021 terdapat kenaikan 11,8% menjadi 8267 layanan (80%) yang melapor dari 10.329 layanan. (Data September 2021). Kemudian untuk layanan PDP yang ada di tahun 2020 terdapat 1280 layanan (87%) yang melapor dari 1471 layanan PDP yang pernah diaktivasi. Tahun ini, sampai September 2021 terdapat 1468 layanan (81%) dari 1799 layanan PDP yang pernah diaktivasi. Dari data tersebut, secara jumlah layanan PDP yang diaktivasi dan melapor meningkat. Namun, dari persentase layanan PDP yang melapor dari yang sudah diaktivasi tahun 2021 dibandingkan dengan 2020 menurun. Padahal dengan peningkatan layanan PDP dan juga konsisten melaporkan data, mengurangi risiko *underreporting* untuk ODHA on ART.

Jumlah pasien yang *loss to follow up* (LFU) dari data terakhir mencapai 13%, meningkat satu persen dibandingkan data tahun 2020. Angka ini mempengaruhi jumlah ODHA on ART yang ada. Jika ODHA LFU yang ada bisa ditekan serendah mungkin maka angka ODHA on ART akan meningkat. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingginya LFU terkait juga dengan aderen ODHA tersebut terhadap ARV. Kepatuhan atau aderen ini merupakan salah satu kunci keberhasilan pengobatan infeksi HIV. Aderen terhadap ART dipengaruhi oleh sejumlah faktor, termasuk kondisi klinis pasien, kondisi sosial, jenis obat yang dikonsumsi, dan hubungan pasien dengan penyedia layanan.

Sebelum dimulainya terapi ARV, setiap pasien diharapkan menerima dan mengetahui informasi tentang penyakit HIV termasuk tujuan terapi yakni menekan jumlah virus, menurunkan morbiditas dan mortalitas, mencegah penularan HIV melalui kontak seks. Selain itu mereka juga harus mengetahui jenis obat yg diberikan termasuk dosis dan efek sampingnya, pentingnya patuh minum obat, serta risiko resistensi obat jika tidak patuh. Meskipun demikian, informasi saja tidak cukup untuk menjamin tingginya tingkat aderen. Pasien juga harus memiliki motivasi positif untuk memulai dan mempertahankan terapi.

Selain itu, ketidakpatuhan kadang diakibatkan karena salah satu atau lebih dari beberapa faktor psikososial, seperti depresi dan gangguan mental, gangguan neurokognitif, rendahnya pengetahuan tentang kesehatan, rendahnya *support*

social, konsumsi alkohol berlebihan, pengguna napza aktif, tunawisma, kemiskinan, menjaga rahasia status HIV, penolakan, stigma. Umur pasien juga mempengaruhi aderen, khususnya, beberapa remaja dan pasien HIV dewasa muda merupakan kelompok yang memiliki tantangan yang cukup besar dalam mencapai tingkat kepatuhan.

Fasilitas layanan kesehatan juga berperan penting dalam keberhasilan atau kegagalan aderen pengobatan. Perawatan multidisiplin komprehensif (seperti manajer kasus, dokter, perawat, laboran dan petugas pencatatan dan pelaporan) akan meningkatkan keberhasilan dalam mendukung kebutuhan pasien, yang sangat kompleks, termasuk kebutuhan untuk kepatuhan berobat.

Pandemi COVID-19 yang masih menjadi masalah di dunia juga mempengaruhi pencegahan dan pengendalian HIV di Indonesia. Penerapan kebijakan dalam pencegahan penularan COVID-19 di masyarakat yang berubah-ubah mempengaruhi aktivitas masyarakat. Adanya pembatasan aktivitas masyarakat menurunkan keinginan dan kebutuhan masyarakat ke luar rumah termasuk ke layanan kesehatan. Saat penerapan berbagai kebijakan diterapkan untuk menangani COVID-19, layanan kesehatan yang ada juga terpengaruh sehingga pengaturan jam dan pelaframbusiayanan kesehatan, dan tenaga kesehatan yang bertambah tanggung jawabnya untuk penanganan COVID-19. Pembatasan pergerakan antar daerah di masa pandemi berpengaruh pada pendistribusian ARV dan kepatuhan ODHA. Kepatuhan ODHA terhadap terapi antiretroviral (ART) menurun karena kekhawatiran dan ketakutan untuk mengambil obat untuk sehari-hari.

Terkait dengan data, Kemenkes memiliki sistem informasi HIV AIDS yang disebut dengan SIHA. Tahun 2021, Kemenkes sedang menjalankan proses peralihan SIHA 1.7 yang berbasis *online* dan *offline* menjadi SIHA 2.0 berbasis *online*. Proses finalisasi dan migrasi SIHA membutuhkan waktu yang cukup lama karena berbagai faktor. Kemudian beberapa bulan terakhir juga terdapat kendala terhadap performance aplikasi SIHA 1.7 yang masih digunakan di sebagian besar layanan. Kendala tersebut berupa lambatnya akses terhadap aplikasi sehingga membutuhkan waktu lama bagi layanan untuk bisa menginput data di dalam SIHA.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Berbagai upaya terus dilakukan untuk mendekatkan akses layanan yang berkualitas dan bermutu kepada masyarakat yang membutuhkan sekaligus dapat meningkatkan akses ODHA untuk mendapatkan pengobatan ARV. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator ODHA on ART antara lain:

1. Percepatan perluasan layanan ARV dan penguatan layanan FKTP yang ada melalui kegiatan Orientasi Pelatih Tes dan Pengobatan dengan dana APBN Pusat secara tatap muka pada 23-26 Februari 2021. Selain itu, orientasi tes dan pengobatan HIV AIDS dan PIMS juga dilakukan di 34 provinsi dengan anggaran dekonsentrasi.



Gambar 3.1
Pelaksanaan Orientasi Pelatih Tes dan Pengobatan

2. Pelaksanaan kegiatan Mentoring Program HIV AIDS dan PIMS di 514 Kab/Kota sebanyak 4 batch (hybrid dan daring) pada Oktober dan November 2021. Kegiatan ini diharapkan dapat menghasilkan mentor-mentor (tim pelatih) program HIV AIDS dan PIMS tingkat Kab/Kota sehingga memudahkan dalam pelaksanaan perluasan layanan.



Gambar 3.2
Orientasi Mentoring Program HIV AIDS dan IMS di Kab/Kota

3. Rekomendasi dan sosialisasi penggunaan rejimen ARV terbaru sampai pencatatan dan pelaporannya dalam SIHA. Rejimen tersebut adalah TLD (Tenofovir/Lamivudin/Dolutegravir) yang dapat menekan virus HIV tersupresi lebih cepat dari paduan ARV lain.
4. Penerapan kebijakan ARV multi bulan hingga tiga bulan, *multi month dispensing* (MMD) bagi ODHA yang stabil dan kerjasama dengan komunitas/pendukung ODHA untuk memastikan kondisi dan keberlangsungan ARV pada ODHA.
5. Penguatan pendampingan ODHA oleh pendukung sebaya (komunitas) maupun oleh kader kesehatan
6. Meningkatkan kerja sama lintas program dan lintas sektor dalam upaya pencegahan dan pengendalian penularan HIV.
7. Percepatan migrasi dan penggunaan SIHA 1.7 ke 2.0 dan penguatan koordinasi dengan Pusdatin.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

1. Jumlah Layanan Perawatan Dukungan dan pengobatan (PDP)

- a) Jumlah layanan PDP sampai September 2021 adalah 1280 layanan (80%) yang melapor dari 2.048 layanan. Terdapat 20% layanan PDP yang sudah diaktivasi tetapi tidak melaporkan data.
- b) Jumlah dan kualitas fasilitas layanan kesehatan yang mampu memberikan layanan kesehatan komprehensif terkait masih perlu ditingkatkan.

2. Tingginya angka *Loss to Follow Up* (LFU)

- a) Semakin tinggi tingkat pengetahuan dan kesadaran ODHA tentang HIV, pencegahan, dan penularannya mempengaruhi kepatuhan ODHA untuk minum ARV.
- b) Ketidakpatuhan dalam pengobatan akan membuat ODHA resisten terhadap terapi dan risiko tinggi akan menularkan virus ke orang lain.
- c) Belum terbangunnya kesadaran pada populasi berisiko untuk menolong diri sendiri dan bertanggung jawab pada anggota keluarga serta masyarakat dari risiko penularan HIV AIDS dan IMS.
- d) Adanya efek samping beberapa obat ARV yang dirasakan oleh ODHA
- e) Masih adanya stigma dan perlakuan diskriminatif masyarakat dan petugas kesehatan kepada ODHA yang mempengaruhi kepatuhan keteraturan minum obat ARV dan kegagalan intervensi pelaksanaan program HIV/ AIDS.

3. Kondisi Pandemi COVID-19

- a) Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat selama pandemi COVID-19 mempengaruhi masyarakat yang akan mengakses layanan tes dan pengobatan HIV AIDS dan PIMS.
- b) Pelayanan kesehatan untuk HIV dan penyakit lainnya harus berbagi dengan penanganan COVID-19 termasuk vaksinasi COVID-19 yang dilakukan oleh layanan

4. Hambatan dalam sistem pencatatan dan pelaporan serta monitoring dan evaluasi

- a) Beban kerja petugas pencatatan dan pelaporan cukup tinggi karena ada yang juga menjadi petugas untuk penyakit lain.
- b) Beberapa bulan terakhir juga terdapat kendala terhadap *performance* aplikasi SIHA 1.7 yang masih digunakan di sebagian besar layanan. Kendala tersebut berupa lambatnya akses terhadap aplikasi sehingga membutuhkan waktu lama bagi layanan untuk bisa mengupload laporan di dalam SIHA.

h. Pemecahan Masalah

1. Perluasan layanan mampu tes dan pengobatan untuk HIV dan PIMS melalui kegiatan pelatihan atau orientasi PDP.
2. Peningkatan edukasi atau konseling tentang pengobatan ARV secara

lengkap dan terus menerus kepada ODHA.

3. Penyediaan KIE yang dikemas sesuai dengan perkembangan teknologi saat ini yang kemudian disebarluaskan dan bisa diakses dengan mudah tentang pengobatan ARV maupun penyakit HIV serta mendorong penggunaan layanan kesehatan terkait HIV, AIDS dan IMS kepada individu dan kelompok agar lebih aman dari risiko penularan HIV dan IMS.
4. Dukungan dan pemberdayaan kelompok-kelompok dukungan sebaya (KDS) sebagai mitra kerja yang efektif dalam mengurangi stigma dan diskriminasi
5. Pemberdayaan kader, komunitas, dan LSM untuk menjangkau masyarakat, mendampingi ODHA, dan mengembalikan ODHA yang *loss to follow up* agar bisa mengakses kembali ARV.
6. Penerapan kebijakan ARV multi bulan hingga tiga bulan, *multi month dispensing* (MMD) bagi ODHA yang stabil dan kerjasama dengan komunitas/pendukung ODHA untuk memastikan kondisi dan keberlangsungan ARV pada ODHA.
7. Melakukan integrasi layanan pada layanan rutin dan membentuk jejaring layanan.
8. Mempercepat migrasi data dan perubahan aplikasi SIHA 1.7 ke SIHA yang baru yaitu 2.0.

2. Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC/ TBC Success Rate sebesar 90%

a. Penjelasan Indikator

Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC/ Success Rate merupakan indikator yang memberikan gambaran kualitas pengobatan TBC yaitu seberapa besar keberhasilan pengobatan pada pasien TBC yang sudah mendapat pengobatan dan dilaporkan. Angka ini menggambarkan besaran pasien TBC yang berhasil dalam pengobatannya baik dengan kategori sembuh maupun kategori pengobatan lengkap. Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yang menjadi indikator kinerja program P2TB adalah Insidensi TBC. Insidensi TBC adalah indikator yang memberikan gambaran beban penyakit TB dan dapat memberikan petunjuk seberapa banyak jumlah kasus TB yang baru muncul pada setiap tahunnya.

b. Definisi Operasional

Jumlah semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan dalam satu tahun.

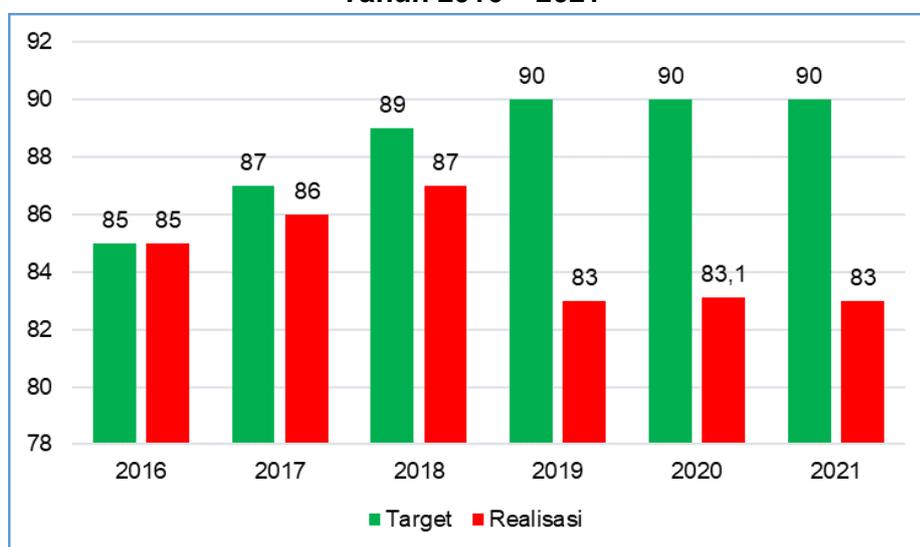
c. Rumus/cara perhitungan

Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC	=	$\frac{\text{Jumlah semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan}} \times 100\%$
--	---	---

d. Capaian Indikator

Indikator persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (*Success Rate*) merupakan indikator yang tetap dilanjutkan pada RAP P2P tahun 2020-2024. Indikator ini mencapai target dari tahun 2016 tetapi tidak mencapai target tahun 2017-2019, meskipun demikian capaian *success rate* tahun 2016-2018 meningkat terus. Tahun 2021, indikator TBC *success rate* tidak mencapai target dengan capaian 83% dari target 90% dengan persentase kinerja sebesar 92.22%. Data ini masih bersifat sementara dengan kelengkapan laporan 83,6%. Secara lengkap dapat dilihat pada grafik berikut:

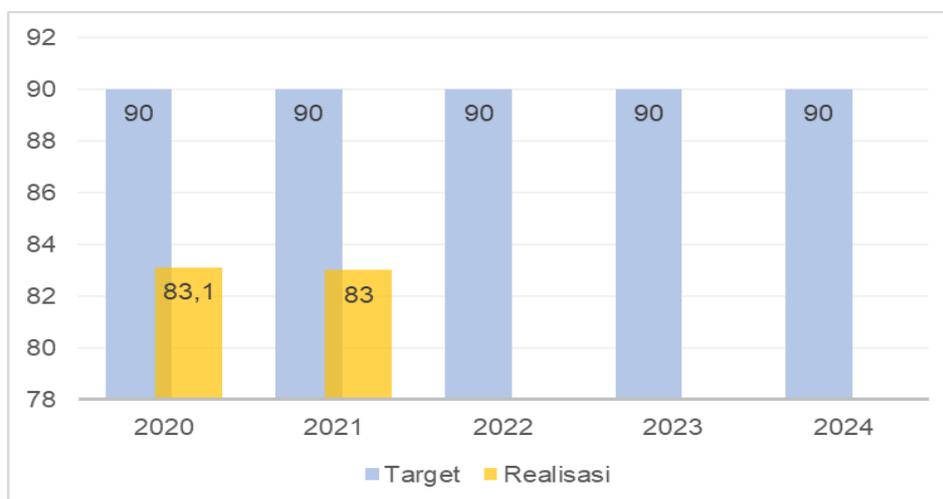
Grafik 3.5
Target dan Capaian
Persentase Angka Keberhasilan Pengobatan TBC
Tahun 2016 – 2021



Sumber data : Laporan Substansi TBC per 16 Januari Tahun 2022

Indikator persentase angka keberhasilan pengobatan TBC merupakan indikator positif yang artinya jika semakin besar capaian maka semakin baik kinerjanya dan sebaliknya jika semakin kecil capaian maka semakin buruk kinerjanya. Bila melihat tren selama tahun 2017-2021 dimana target tidak tercapai dan dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2022 dan jangka akhir tahun 2024 maka diperkirakan indikator ini tidak berjalan *on track*. Meskipun demikian capaian tahun 2021 ini masih bersifat sementara karena belum semua data dan laporan diterima. Berdasarkan hasil capaian tahun 2016-2019, capaian selalu dalam range 80%-90%, maka prognosa capaian tahun 2020-2024 akan berada pada range yang sama, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.6
Target dan Capaian Persentase Angka Keberhasilan Pengobatan TBC
Tahun 2020-2024



Sumber data : Laporan Substansi TBC per 16 Januari Tahun 2022

Secara global, diperkirakan ada sebanyak 9,9 juta kasus TBC pada tahun 2020, namun demikian angka ini telah menurun secara perlahan akhir-akhir ini. Indonesia merupakan negara terbanyak ketiga jumlah kasus pada tahun 2020 yaitu sebanyak 824.000 kasus, setelah India (2.590.000 kasus) dan China (842.000 kasus). Berdasarkan letak geografisnya, kasus TB pada tahun 2020 paling banyak di regional Asia Tenggara (43%), Afrika (25%) dan Pasifik Barat (18%), dan persentase yang sedikit di Timur Tengah (8,3%), Amerika (3,0%) dan Eropa (2,3%). Ada 8 negara dengan beban tertinggi yakni jumlah kasus dua per tiga dari total kasus global, yaitu India (26%), Cina (8,5%), Indonesia (8,4%), Filipina (6%), Pakistan (5,8%), Nigeria (4,6%), Bangladesh (3,6%) dan Afrika Selatan (3,3%).

Berdasarkan Badan Kesehatan Dunia WHO yang dimuat pada *Global TB Report 2021*, indikator yang dipakai dalam mencapai tujuan “*End the Global TB epidemic*” adalah jumlah kematian akibat TB per tahun, angka kejadian (*incidence rate*) per tahun serta persentase rumah tangga yang menanggung biaya pengobatan TB. Menurut *TB Global Report* tahun 2021 untuk Indonesia, angka kejadian (insidensi) TB tahun 2020 adalah 301 per 100.000 (sekitar 824.000 pasien TB), dan 2,18% (18.000 kasus) di antaranya dengan TB/HIV. Angka kematian TB adalah 34,2 per 100.000 penduduk (jumlah kematian 93.000) tidak termasuk angka kematian akibat TB/HIV. WHO memperkirakan ada 24.000 kasus *Multi Drug Resistance* (MDR) di Indonesia. Data *Global TB Report* tahun 2020 menunjukkan bahwa angka keberhasilan pengobatan TB secara global sebesar 86%, seperti terlihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.2
Angka keberhasilan pengobatan di dunia Tahun 2021

No	Negara	Populasi	Jumlah Kasus	Incidence Rate	Jumlah kematian	TSR (%)
1	India	1.400.000.000	2.600.000	186	493.000	84
2	China	1.400.000.000	842.000	60	30.000	94
3	Indonesia	273.500.000	824.000	301	93.000	83
4	Filipina	109.600.000	591.000	539	31.000	86
5	Pakistan	220.900.000	573.000	259	44.000	93
6	Nigeria	206.100.000	452.000	219	128.000	88
7	Bangladesh	164.700.000	360.000	219	44.000	95
8	Afrika Selatan	59.300.000	328.000	553	25.000	79
9	Vietnam	97.300.000	172.000	177	8.600	91
10	Myanmar	54.400.000	167.000	307	18.000	88
11	Kenya	53.800.000	139.000	258	21.000	86
12	Angola	32.900.000	115.000	350	18.000	69
13	Brazil	212.600.000	96.000	45	5.700	69
14	Uganda	45.700.000	90.000	197	7.400	82
15	Federasi Rusia	145.900.000	68.000	47	7.300	68
16	Peru	33.000.000	38.000	115	2.400	83
17	Ukraina	43.700.000	32.000	73	4.100	79
	Regional					
1	Afrika	1.100.000.000	2.500.000	227	379.000	86
2	Amerika	1.000.000.000	291.000	29	19.000	74
3	Timur Tengah	730.800.000	821.000	112	80.000	91
4	Eropa	932.900.000	231.000	25	21.000	75
5	Asia Tenggara	2.000.000.000	4.300.000	215	698.000	85
6	Pasifik Barat	1.900.000.000	1.800.000	95	87.000	91
	Global	7.800.000.000	9.900.000	127	1.300.000	86

Sumber data : *Global TBC Report, 2022*

Tabel diatas menunjukkan Angka Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis di 8 negara beban tertinggi dan negara-negara yang mengalami penurunan penemuan kasus TB serta regional WHO tahun 2020. Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa secara regional, maka angka keberhasilan terendah adalah regional Amerika (74%) dan regional Eropa (75%), sedangkan regional Asia Tenggara sebesar 85%. Bila dibandingkan pada 8 negara dengan beban tertinggi, maka angka keberhasilan pengobatan Tuberkulosis paling rendah di Afrika Selatan (79%) diikuti oleh Indonesia (83%). Bila dilihat dari negara-negara yang mengalami penurunan penemuan kasusnya, maka yang paling rendah adalah Federasi Rusia (68%) dan Angola dan Brazil (69%).

Bila dibandingkan dengan indikator RPJMN dan indikator strategis Renstra Kementerian Kesehatan yakni menurunnya insidensi TBC per 100.000 penduduk, maka angka keberhasilan pengobatan akan mempengaruhi insidensi TBC. Data Global Report TB, 2021 menunjukkan insidensi TBC di Indonesia sebesar 301 per 100.000 penduduk pada tahun 2020, menurun bila dibandingkan dengan insidensi TBC tahun 2019 yakni 312 per 100.000 penduduk yang juga sudah menurun dari 2018 yakni 316 per 100.000 penduduk. Angka insidensi menggambarkan jumlah kasus TBC di populasi, tidak hanya kasus TBC yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program. Angka ini dipengaruhi oleh kondisi masyarakat termasuk kemiskinan, ketimpangan pendapatan, akses terhadap layanan kesehatan, gaya hidup, dan buruknya sanitasi lingkungan yang berakibat pada tingginya risiko masyarakat terjangkit TBC. Insidensi TBC dengan angka keberhasilan pengobatan memiliki hubungan negatif yang artinya jika angka keberhasilan pengobatan semakin tinggi, maka insidensi TBC akan menurun dan sebaliknya angka keberhasilan pengobatan semakin tinggi berarti penderita TBC yang sembuh semakin banyak dan kemungkinan untuk menularkan akan berkurang. Jika penularan berkurang maka jumlah penderita TBC di populasi juga berkurang, dengan demikian insidensi juga menurun. Pemantauan insiden TBC diperlukan untuk mengetahui penyebaran kasus baru TBC dan kambuh TBC di masyarakat. Insidensi TBC tidak hanya dipengaruhi oleh angka keberhasilan pengobatan saja tetapi juga cakupan penemuan kasus (*TBC coverage*).

e. Analisa Penyebab Kegagalan

Indikator persentase cakupan keberhasilan pengobatan TBC tahun 2021 belum mencapai target. Data ini masih merupakan data sementara dan bisa berubah setelah semua Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan. Belum tercapainya target disebabkan dipengaruhi adanya pandemic covid-19 yang menyebabkan mobilisasi masyarakat berkurang sehingga pasien tidak datang ke fasilitas pengobatan secara rutin. Selain itu, petugas pengelola program juga banyak yang diberdayakan dalam penanggulangan pandemic covid-19.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

1. Peningkatan notifikasi kasus dengan pelaksanaan *Mopping Up*/ penyisiran kasus ke rumah sakit-rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun swasta.
2. Perbaiki sistem pencatatan dan pelaporan dengan melakukan link dengan SIMRS dan penyedia layanan mandiri (swasta).
3. Penerapan *Mandatory Notification* yang lebih tegas.
4. Link dengan sistem informasi BPJS untuk peningkatan *Case Finding* dan kualitas pengobatan.
5. *Intensified TBC Case Findings* dari Fasilitas Kesehatan dan Komunitas.
6. Menegaskan lagi kewajiban melakukan pemeriksaan konfirmasi bakteriologis untuk semua terduga TBC.
7. Regulasi yang lebih ketat mengenai pemberian pengobatan dan pengawasan.

8. Pelaksanaan investigasi kontak berdasarkan panduan yang telah didiseminasi ke seluruh provinsi.
9. Pelaksanaan penemuan kasus TBC pada populasi risiko tinggi seperti pada pasien diabetes di puskesmas dan faskes rujukan sesuai panduan yang telah didiseminasi ke seluruh provinsi.
10. Adanya sistem informasi TBC yang baru (*TBC information system/ SITB*) telah menyambungkan jejaring sistem rujukan internal dan eksternal yang sudah mengintegrasikan puskesmas, rumah sakit dan laboratorium rujukan.
11. Pengiriman umpan balik hasil entri SITT dan hasil penyisiran kasus ke rumah sakit yang ada di provinsi dan kabupaten/ kota.
12. Pelaksanaan dan monitoring Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Strategi Nasional (Stranas) TBC.
13. Pendekatan *Multi-Sectoral Accountability Framework* (MAF) dengan disusunnya Perpres. Dalam rangka Peluncuran Awal Perpres 67 Tahun 2021, Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri, Menteri Bappenas bersama-sama berkomitmen untuk melakukan percepatan eliminasi TBC sesuai dengan arahan presiden RI yang juga tertuang dalam naskah Perpres No 67 Tahun 2021.



Gambar 3.3
Penyampaian dukungan Percepatan Eliminasi TBC pada acara
Peluncuran Perpres 67 Tahun 2021

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



Gambar 3.4
TB Summit 2021

15. UN *Highlevel Meeting*, dengan tujuan untuk meninjau kemajuan pelaksanaan komitmen, memeriksa dan memperdebatkan elemen-elemen baru dan aspek-aspek pengembangan dari upaya penanggulangan TBC, menghasilkan konsensus tentang prioritas utama termasuk mengarusutamakan perlindungan sosial di dunia pasca-COVID19 untuk mengembalikan upaya akhiri TBC ke jalur semula seperti sebelum pandemi.



Gambar 3.5
UN Highlevel Meeting 2021

g. Kendala/masalah yang dihadapi

Adanya pandemi COVID-19 mempengaruhi pelaksanaan program TB antara lain:

1. Pengelolaan sumber daya program TBC yang belum memadai dan diperbantukan dalam penanggulangan pandemi COVID-19
2. Penggunaan alat tes cepat molekuler (TCM) untuk mendukung diagnosa TBC dan TBC resisten obat juga dipergunakan untuk diagnosa COVID-19.

3. Belum semua kasus TBC berhasil dijangkau, investigasi kontak belum maksimal yang dikarenakan adanya kekhawatiran dan ketakutan masyarakat untuk mengunjungi fasilitas kesehatan.
4. Pasien tidak datang mengambil obat.
5. Monitoring terganggu karena pasien tidak mengumpulkan dahak.
6. Laboratorium rujukan berhenti melakukan pemeriksaan terduga TBC.
7. Pengawasan minum obat terganggu.
8. *Enabler* tidak bisa diberikan secara rutin.
9. Fasyankes berhenti memberikan layanan TBC Resisten Obat (TBRO).
10. Monitoring pengobatan terganggu karena terkendala pengiriman spesimen.

h. Pemecahan Masalah

Untuk mencapai target, Program TBC melaksanakan kegiatan yang berdasarkan 6 strategi yaitu:

- 1) Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten/Kota
 - Promosi: Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial
 - Regulasi dan peningkatan pembiayaan
 - Koordinasi dan sinergi program
- 2) Peningkatan Akses Layanan "TOSS-TBC" yang Bermutu
 - Peningkatan jejaring layanan TBC melalui PPM (public-private mix)
 - Penemuan aktif berbasis keluarga dan masyarakat
 - Peningkatan kolaborasi layanan melalui TBC-HIV, TBC-DM, MTBCS, PAL, dan lain sebagainya
 - Inovasi diagnosis TBC sesuai dengan alat / saran diagnostik yang baru
 - Kepatuhan dan Kelangsungan pengobatan pasien atau *Case holding*
 - Bekerjasama dengan asuransi kesehatan dalam rangka Cakupan Layanan Semesta (health universal coverage).
- 3) Pengendalian Faktor Risiko
 - Promosi lingkungan dan hidup sehat.
 - Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi TBC.
 - Pengobatan pencegahan dan imunisasi TBC.
 - Memaksimalkan penemuan TBC secara dini, mempertahankan cakupan dan keberhasilan pengobatan yang tinggi.
- 4) Peningkatan Kemitraan melalui Forum Koordinasi TBC
 - Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TBC di pusat
 - Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TBC di daerah
- 5) Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TBC
 - Peningkatan partisipasi pasien, mantan pasien, keluarga dan masyarakat.
 - Pelibatan peran masyarakat dalam promosi, penemuan kasus, dan dukungan pengobatan TBC.
 - Pemberdayaan masyarakat melalui integrasi TBC di upaya kesehatan berbasis keluarga dan masyarakat.
- 6) Penguatan Sistem kesehatan
 - Sumber Daya Manusia yang memadai dan kompeten.
 - Mengelola logistic secara efektif.
 - Meningkatkan pembiayaan, advokasi dan regulasi.

- Memperkuat Sistem Informasi Strategis, surveilans proaktif termasuk kewajiban melaporkan (*mandatory notification*).
- Jaringan dalam penelitian dan pengembangan inovasi program.

3. Jumlah kab/kota yang mencapai eliminasi malaria sebesar 345 kab/kota

a. Penjelasan Indikator

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

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

Selain itu dilakukan penilaian berdasarkan kriteria lainnya yaitu:

1. Pelaksanaan penemuan dan tatalaksana kasus malaria
2. Pencegahan dan penanggulangan faktor risiko
3. Surveilans dan penanggulangan KLB
4. Peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
5. Peningkatan sumber daya manusia
6. Komitmen pemerintah daerah

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

b. Definisi operasional

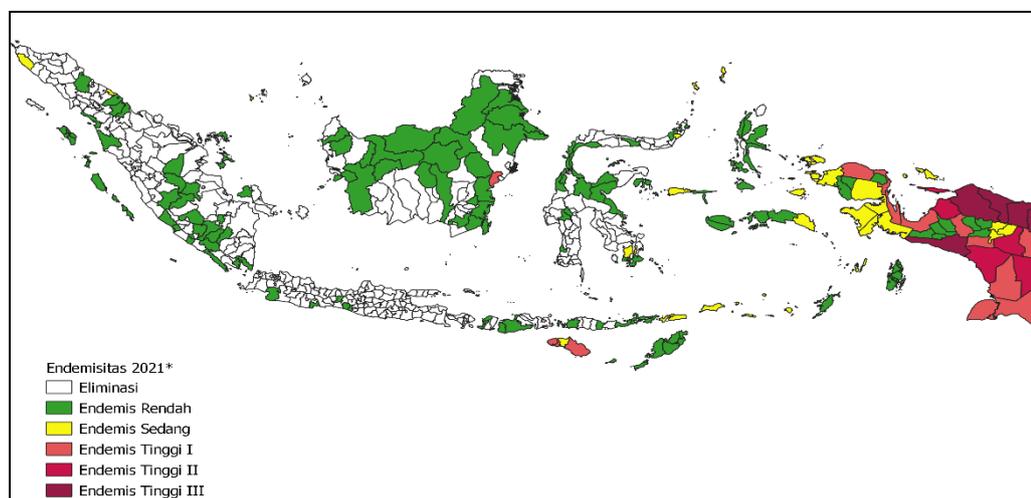
Suatu Kabupaten/Kota yang telah memenuhi kriteria eliminasi malaria sesuai dengan SK Dirjen P2PL Nomor HK.02.03/D.1/I.2/99/2015 tahun 2015 tentang petunjuk teknis penilaian eliminasi malaria. Daerah tersebut harus memenuhi tiga kriteria utama yaitu API kurang dari 1 Per 1000 penduduk, *Positivity Rate* \leq 5% dan tidak ada penularan setempat malaria selama tiga tahun berturut-turut serta memenuhi beberapa persyaratan lainnya. Kemudian bukan berarti tidak ada kasus malaria impor serta sudah tidak ada vektor malaria di wilayah tersebut sehingga tetap dibutuhkan kewaspadaan untuk mempertahankan status bebas malaria. Status eliminasi malaria ditetapkan oleh Menteri Kesehatan RI berupa pemberian sertifikat eliminasi malaria kepada Kabupaten/Kota yang telah memenuhi syarat

c. Rumus/cara perhitungan

Indikator Jumlah Kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi malaria dihitung berdasarkan akumulasi jumlah kab/kota yang mencapai eliminasi malaria diakhir tahun.

d. Capaian indikator

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



Gambar 3.6 Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2021

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

Tabel 3.3
Capaian Penduduk Berdasarkan Endemisitas Malaria 2021

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

Sumber data : Laporan Substansi Malaria, data per 13 Januari 2022

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

Tabel 3.4
Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai tahun 2021

No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	%
1	DKI Jakarta	6	6	100%
2	Jawa Timur	38	38	100%
3	Banten	8	8	100%
4	Bali	9	9	100%
5	Jawa Barat	27	26	96%
6	Aceh	23	22	96%
7	Sumatera Barat	19	18	95%
8	Jawa Tengah	35	33	94%
9	Riau	12	11	92%
10	Sulawesi Selatan	24	21	88%
11	Kepulauan Bangka Belitung	7	6	86%
12	Gorontalo	6	5	83%
13	Sulawesi Barat	6	5	83%
14	Di Yogyakarta	5	4	80%
15	Kalimantan Tengah	14	11	79%
16	Lampung	15	11	73%
17	Sulawesi Tenggara	17	12	71%
18	Bengkulu	10	7	70%
19	Kalimantan Selatan	13	9	69%
20	Sumatera Selatan	17	11	65%
21	Sumatera Utara	33	21	64%
22	Jambi	11	7	64%
23	Nusa Tenggara Barat	10	6	60%
24	Kalimantan Utara	5	3	60%

No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	%
25	Kep. Riau	7	4	57%
26	Sulawesi Utara	15	8	53%
27	Sulawesi Tengah	13	6	46%
28	Kalimantan Barat	14	6	43%
29	Kalimantan Timur	10	4	40%
30	Maluku Utara	10	4	40%
31	Nusa Tenggara Timur	22	5	23%
32	Maluku	11	0	0%
33	Papua Barat	13	0	0%
34	Papua	29	0	0%
	TOTAL	514	347	67.5%

Sumber data : Laporan Substansi Malaria, data per 13 Januari 2022

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

Grafik 3.7
Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia tahun 2016-2021



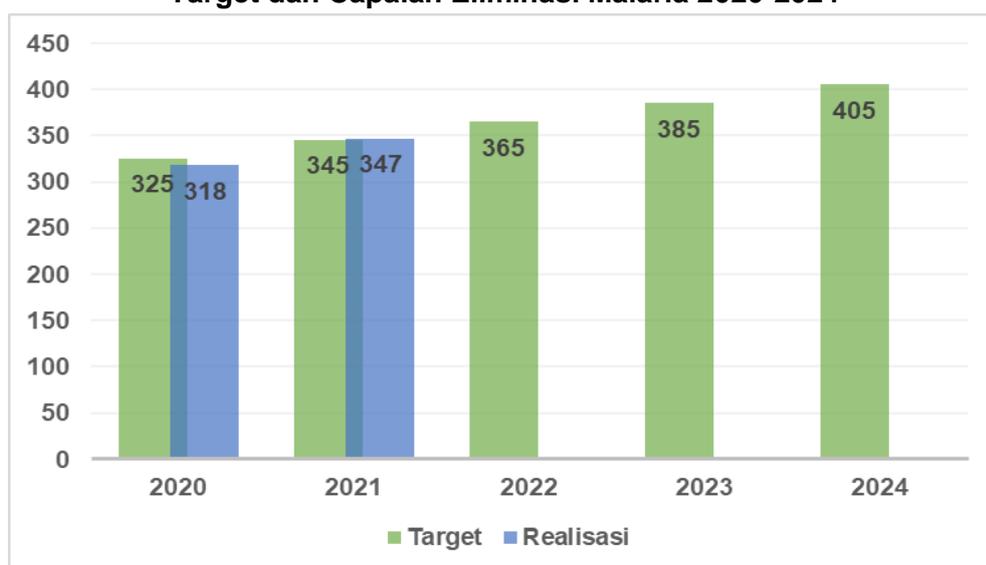
Sumber data : Laporan Substansi Malaria, data per 13 Januari 2022

Tren capaian eliminasi Malaria digambarkan pada grafik diatas dimana terjadi peningkatan capaian realisasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria yakni sebanyak 285 Kab/Kota pada tahun 2018, menjadi 300 Kab/Kota pada tahun 2019, mencapai 318 Kab/Kota pada tahun 2020 dan 347 Kab/Kota pada akhir tahun 2021. Penambahan jumlah Kab/Kota yang mencapai eliminasi

malaria pada tahun 2021 berasal dari 16 Kabupaten/Kota yaitu 1 Kab/Kota di Provinsi Jawa Barat, 1 Kab/Kota di Provinsi Aceh, 1 Kab/Kota di Provinsi Sumatera Barat, 1 Kab/Kota di Provinsi Riau, 2 Kab/Kota di Provinsi Banten, 1 Kab/Kota di Provinsi Sulawesi Tenggara, 2 Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, 2 Kab/Kota di Provinsi Sumatera Selatan, 1 Kab/Kota di Provinsi Kepulauan Riau, 3 Kab/Kota di Provinsi Bengkulu, 3 Kab/Kota di Provinsi Gorontalo, 3 Kab/Kota di Provinsi NTB, 1 Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, 2 Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, 3 Kab/Kota di Provinsi Maluku Utara, 2 Kab/Kota di Provinsi NTT. Terdapat penambahan kabupaten/kota eliminasi malaria sebanyak 29 Kabupaten/Kota dari 27 kabupaten/kota yang ditargetkan pada tahun 2021.

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

Grafik 3.8
Target dan Capaian Eliminasi Malaria 2020-2024



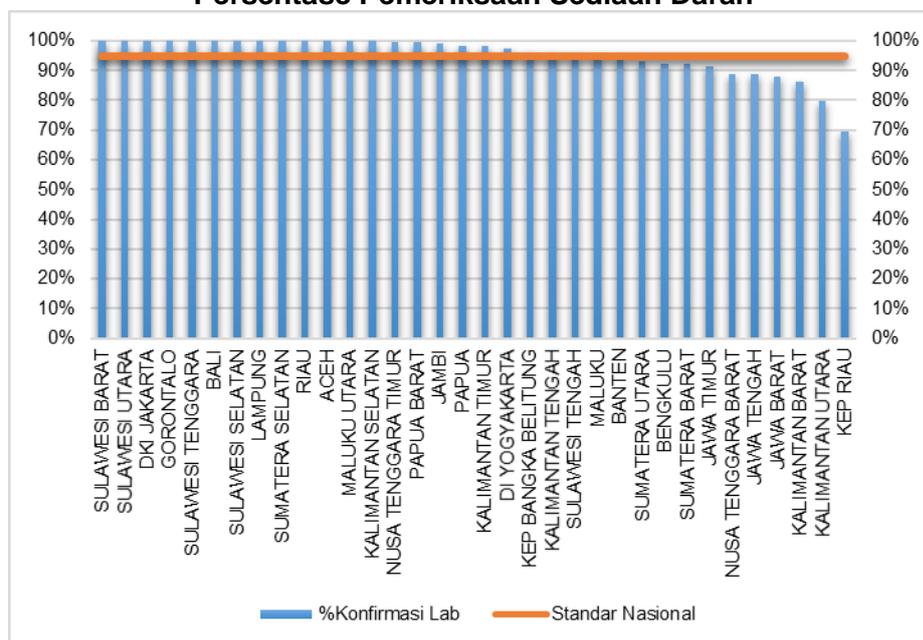
Sumber data : Laporan Substansi Malaria, data per 13 Januari 2022

Dari tahun 2000 sampai 2020, sebanyak 23 negara selama 3 tahun berturut-turut mencapai nol kasus malaria indigenous dan 12 dari negara-negara tersebut telah disertifikasi bebas malaria oleh WHO. Sertifikasi bebas malaria diberikan oleh WHO pada suatu negara dimana penularan malaria dalam negeri telah terputus selama 3 tahun berturut-turut. Pada tahun 2021, negara China dan El Salvador telah disertifikasi bebas malaria. Di wilayah Asia Tenggara negara yang telah dinyatakan bebas malaria adalah Maladewa pada tahun 2015 dan Sri Lanka yang telah disertifikasi bebas malaria pada tahun 2016 sedangkan Bhutan dan Indonesia belum mendapat sertifikat bebas malaria. Sembilan dari sebelas negara WHO di Wilayah Asia Tenggara adalah endemis malaria, terhitung 38%

kasus malaria global terdapat di wilayah Afrika termasuk Asia Tenggara. Pada tahun 2020, wilayah Asia Tenggara memiliki 5 juta perkiraan kasus. Semua negara telah memenuhi target Global Technical Strategy (GTS) 2020 yaitu terdapat pengurangan kasus lebih dari 40% pada tahun 2020 dibandingkan dengan kasus tahun 2015, kecuali Bhutan dan Indonesia, dimana kejadian kasus berkurang masing-masing sebesar 39% dan 35%.

Untuk mencapai target eliminasi malaria maka diperlukan indikator komposit untuk mendukung tercapainya cakupan yaitu persentase konfirmasi sediaan darah serta persentase pengobatan standar yang juga merupakan indikator Pemantauan Program Prioritas Janji Presiden tahun 2021 oleh Kemenko PMK dan KSP (Kantor Staf Presiden) yang dipantau setiap tiga bulan. Persentase pemeriksaan sediaan darah adalah persentasi suspek malaria yang dilakukan konfirmasi laboratorium baik menggunakan mikroskop maupun Rapid Diagnostik Test (RDT) dari semua suspek yang ditemukan. Persentase pemeriksaan sediaan darah adalah persentasi suspek Malaria yang dilakukan konfirmasi laboratorium baik menggunakan mikroskop maupun *Rapid Diagnostik Test* (RDT) dari semua suspek yang ditemukan. Target dan capaian indikator persentase pemeriksaan darah adalah sebagai berikut:

Grafik 3.9
Persentase Pemeriksaan Sediaan Darah

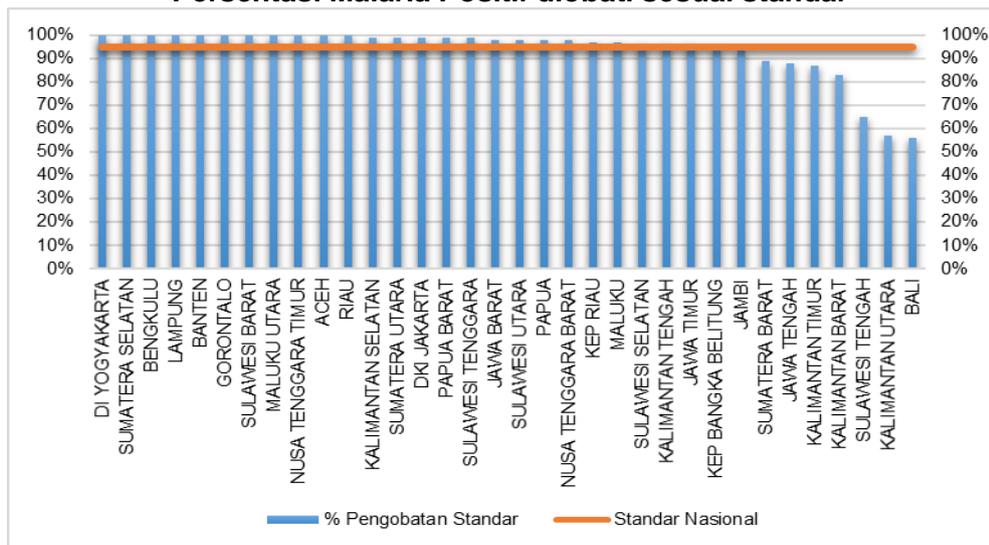


Sumber data : Laporan Substansi Malaria, data per 13 Januari 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa 21 Provinsi di Indonesia atau sebesar 62% telah mencapai target nasional dalam konfirmasi laboratorium pemeriksaan darah malaria. Target nasional tahun 2021 sebesar 95% telah tercapai 98% dengan jumlah suspek sebanyak 1.804.291 orang dan jumlah pemeriksaan sediaan darah dikonfirmasi laboratorium sebanyak 1.771.718 orang.

Persentase Pasien Malaria positif yang diobati sesuai standar ACT (*Artemisinin based Combination Therapy*) adalah proporsi pasien Malaria yang diobati sesuai standar tata laksana malaria dengan menggunakan ACT. *Artemisinin based Combination Therapy* (ACT) saat ini merupakan obat yang paling efektif untuk membunuh parasit Malaria. Pemberian ACT harus berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium. Target dan capaian indikator Persentasi Pasien Malaria positif yang diobati sesuai standar ACT adalah sebagai berikut:

Grafik 3.10
Persentasi Malaria Positif diobati sesuai standar



Sumber data : Laporan Substansi Malaria, data per 13 Januari 2022

Dari grafik diatas, terdapat 26 kabupaten/kota di Indonesia (76,4%) yang telah mencapai target nasional dalam pengobatan malaria yang sesuai standar. Target capaian pengobatan standar ACT yaitu sebesar 95% telah tercapai 98%, dengan jumlah positif malaria sebanyak 227.077 orang dan jumlah yang diobati dengan pengobatan standar sebanyak 222.877 orang. Sehingga dapat disimpulkan bahwa indikator persentase pemeriksaan sediaan darah maupun persentase pasien malaria positif yang diobati sesuai standar ACT tahun 2021 telah melewati target.

Selain menjadi indikator RAP Ditjen P2P, indikator ini juga merupakan indikator RPJMN yakni Jumlah Kab/Kota yang mencapai eliminasi malaria dan indikator Renstra Kementerian Kesehatan yakni meningkatkan eliminasi malaria dengan target yang sama sehingga tidak diperlukan perbandingan.

e. Analisa Penyebab Keberhasilan Pencapaian

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

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

f. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target indikator

Beberapa upaya telah dilakukan untuk mencapai indikator tersebut, antara lain:

1) Diagnostik Malaria

Kebijakan pengendalian malaria terkini dalam rangka mendukung eliminasi malaria adalah bahwa diagnosis malaria harus terkonfirmasi melalui pemeriksaan laboratorium baik dengan mikroskop ataupun *Rapid Diagnostic Test* (RDT). Penegakkan diagnosa tersebut harus berkualitas dan bermutu sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dan memberikan data yang tepat dan akurat. Berbagai kegiatan dalam rangka meningkatkan mutu diagnosis terus dilakukan. Kualitas pemeriksaan sediaan darah dipantau melalui mekanisme uji silang di tingkat kab/kota, provinsi dan pusat. Kualitas pelayanan laboratorium malaria sangat diperlukan dalam menegakan diagnosis dan sangat tergantung pada kompetensi dan kinerja petugas laboratorium di setiap jenjang fasilitas pelayanan kesehatan. Penguatan laboratorium pemeriksaan malaria yang berkualitas dilakukan melalui pengembangan jejaring dan pemantapan mutu laboratorium pemeriksa malaria mulai dari tingkat pelayanan seperti laboratorium Puskesmas, Rumah Sakit serta laboratorium kesehatan swasta sampai ke laboratorium rujukan uji silang di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi dan Pusat. Kegiatan dalam rangka peningkatan kualitas diagnostik malaria telah dilaksanakan sepanjang tahun 2021, antara lain:

- a. Pelatihan Jarak Jauh Mikroskopis Malaria bagi Tenaga Uji Silang Kab/Kota.
- b. Virtual Learning Microscopis Malaria bagi Tenaga Uji Silang Kab/Kota (Batch1)
- c. Kegiatan Pembuatan Bahan PME Mikroskopis Malaria Tahun 2021 di Kab Jayapura
- d. Workshop Mikroskopis Malaria Fasyankes



Gambar 3.7
Workshop Mikroskopis Malaria Fasyankes

- e. *E Learning E Coaching* Diagnostik Malaria Bagi Tenaga ATLM (Ahli Teknologi Laboratorium Medik), sebanyak 3 angkatan.
- f. Pelatihan Jarak Jauh Mikroskopis Malaria Bagi Tenaga Uji Silang Kabupaten/Kota sebanyak 2 angkatan.
- g. Evaluasi Juknis Jejaring dan Pemantapan Mutu Laboratorium Pemeriksa Malaria di Kab. Bintuni Prov Papua Barat dan Kab. Bengkulu Selatan Prov. Bengkulu
- h. Pemantauan Kualitas RDT (Uji Rutin) di Kab. Sumba Barat, NTT dan Kab. Asmat, Papua.

2) Tatalaksana Kasus Malaria

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

Dalam rangka mendapatkan data efikasi obat anti malaria yang sah, akurat, dan dapat dipercaya, perlu dilaksanakan kegiatan untuk memonitoring efikasi DHP ini yang telah digunakan di Indonesia lebih dari

10 tahun. B/BTKLPP di seluruh Indonesia pada tahun ini telah melaksanakan kegiatan monitoring efikasi DHP di lokasi wilayah kerja masing-masing secara sentinel, dengan tujuan untuk memperoleh data efikasi DHP di seluruh Indonesia. Kegiatan ini harus berkelanjutan untuk tetap dilaksanakan sebagai surveilans rutin untuk mendapatkan data tentang efikasi DHP di Indonesia selain dari peneliti-peneliti yang direkomendasikan oleh WHO dan Program.

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

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

3) Surveilans Malaria, Sistem Informasi dan Monitoring Evaluasi

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

kewaspadaan dini kejadian luar biasa malaria dengan melakukan pencegahan terjadinya penularan.

Sistem informasi malaria yang disebut SISMAL V2 mulai disosialisasikan pada Tahun 2018 dan sepenuhnya digunakan pada Tahun 2019. Sebanyak 9.155 fasyankes telah melaporkan data malaria melalui SISMAL V2 pada Tahun 2019. Inputan data SISMAL V2 di fasyankes menggunakan excel sehingga beberapa kendala masih ditemui seperti sulitnya melakukan validasi data selain itu Pusdatin telah mengembangkan ASDK (Aplikasi Satu Data Kesehatan) dengan menggunakan platform DHIS2. Untuk memudahkan interoperabilitas data dengan data yang lainnya maka migrasi SISMAL V2 ke SISMAL V3 menggunakan DHIS2 perlu dilaksanakan workshop pengembangan Esismal versi 3.

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

- a. Pertemuan Workshop Pengembangan E Sismal Versi 3.
- b. Pertemuan Validasi Data Serta Monitoring Kegiatan Dan Capaian Program Malaria.
- c. Pertemuan Sidang Penilaian Eliminasi Malaria.
- d. Sidang Penilaian Eliminasi Malaria
- e. Supervisi Monitoring dan Evaluasi program malaria di Kab.Tasikmalaya, Provinsi Papua Barat, Maluku Utara, Provinsi Sumatera Utara, Provinsi Sumatera Barat Kota Solok, Provinsi Sumatera Selatan, Provinsi Bengkulu, Provinsi Jambi, Kab. Teluk Wondama dan Provinsi Papua Barat.
- f. Supervisi dalam rangka investigasi dan penanggulangan KLB malaria di Kab. Sumba Barat Daya.
- g. Supervisi dalam rangka investigasi dan penanggulangan KLB malaria di Pulau USU Provinsi NTT dan Supervisi Pendampingan Surveilans dan Faktor Malaria di Papua.
- h. Pendampingan Surveilans dan Faktor Resiko Malaria di Kab. Sukabumi dan di Kab. Sumba Barat Prov. NTT.
- i. Assesment Peningkatan Kasus dan SKD/KLB Malaria di Purworejo.
- j. Pendampingan Surveilans dan Faktor Risiko Malaria di Suku Anak Dalam Jambi dan di Kab. Minahasa Selatan.
- k. Pemantauan kesiapan Logistik untuk Surveilans Migrasi di Bali
- l. Peningkatan Kapasitas Bagi Petugas Data Malaria di Lingkungan P2PTVZ secara virtual.
- m. Peningkatan Kapasitas Analisis Data Bagi Pengelola Data Malaria di Provinsi Virtual
- n. Pertemuan Monev Tingkat Nasional Program Malaria Tahun 2021, Monev Regional KTI, Pertemuan monev program malaria regional Jawa Bali di Solo, Pertemuan monev program malaria tahun 2021 regional tengah dan Pertemuan monev meeting regional barat di hotel
- o. Reviu Manajemen Program Malaria.



Gambar 3.8
Pertemuan Monitoring Evaluasi di Papua Barat

4) Pengendalian Vektor Malaria

Sampai saat ini nyamuk *Anopheles* telah dikonfirmasi menjadi vektor malaria di Indonesia sebanyak 25 jenis (*species*). Jenis intervensi pengendalian vektor malaria dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain memakai kelambu berinsektisida (LLINs = *Long lasting insecticide nets*), melakukan penyemprotan dinding rumah dengan insektisida (IRS = *Indoor Residual Spraying*), melakukan *larviciding*, melakukan penebaran ikan pemakan larva, dan pengelolaan lingkungan. Penggunaan kelambu berinsektisida merupakan cara perlindungan dari gigitan nyamuk *Anopheles*. Pembagian kelambu ke masyarakat dilakukan dengan 2 metode, yaitu pembagian secara massal (*mass campaign*) dan pembagian rutin. Pembagian secara massal dilakukan pada daerah/kabupaten/kota endemis tinggi dengan cakupan minimal 80%. Pembagian ini diulang setiap 3 tahun, jika belum ada penurunan tingkat endemisitas. Pembagian kelambu secara rutin diberikan kepada ibu hamil yang tinggal di daerah endemis tinggi. Kegiatan ini bertujuan untuk melindungi populasi prioritas, yaitu ibu hamil dari risiko penularan malaria. Selain kegiatan tersebut, pembagian kelambu juga dilakukan pada daerah yang terkena bencana. Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan pengendalian vektor malaria:

- a. Pertemuan Persiapan Kelambu Massal dan Kelambu Massal Fokus Periode Tahun 2022.
- b. Pertemuan Training Durabilitas dan Efikasi Kelambu Malaria di Kabupaten Jayapura.
- c. Monitoring Evaluasi Physical Durability & Efficacy LLINs di Papua.
- d. Monev perencanaan dan Logistik malaria di kab. Lampung Selatan Provinsi Lampung.
- e. Monev perencanaan, keuangan dan logistik malaria di Provinsi Kalimantan Barat.

5) Promosi, Advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria

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

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



Gambar 3.9
Puncak Hari Malaria Sedunia di Kementerian Kesehatan

g. Kendala/Masalah yang dihadapi

Dalam melaksanakan program dan kegiatan untuk mencapai eliminasi malaria di Indonesia, ditemukan permasalahan yang menjadi tantangan seperti:

- 1) Disparitas angka kejadian malaria antara wilayah Kawasan Timur Indonesia khususnya Papua dengan wilayah lainnya.
- 2) Akses dan cakupan layanan baik Rumah Sakit, klinik, DPS pada remote area masih belum memadai.
- 3) Pengendalian resistensi Obat Anti Malaria (OAM) dengan prinsip *one gate policy, reserve drug policy dan free market control* belum optimal.
- 4) Rujukan layanan dan jejaring tatalaksana belum optimal.
- 5) Manajemen ketersediaan OAM belum optimal.
- 6) Pengawasan penggunaan kelambu masih kurang adekuat, daerah belum melakukan pengawasan penggunaan kelambu.
- 7) Didaerah endemis rendah banyak terdapat daerah fokus malaria yang sulit (tambang liar, *illegal logging*, perkebunan *illegal*, tambak terbengkelai)
- 8) Ketepatan dan kelengkapan pelaporan yang belum optimal.
- 9) Belum semua daerah pembebasan dan pemeliharaan mempunyai pemetaan daerah focus.
- 10) Pembatasan kegiatan fisik dan aturan di beberapa wilayah pada masa pandemi covid 19.
- 11) Turn off petugas malaria di daerah.
- 12) Masih banyak kabupaten/kota stagnan endemis rendah.
- 13) Peningkatan kasus malaria di beberapa kabupaten/kota kurang berjalanya kegiatan surveilans migrasi malaria di daerah endemis rendah dan tahap pemeliharaan.

h. Pemecahan Masalah

Beberapa permasalahan yang disebutkan diatas memerlukan pemecahan masalah sehingga kegiatan dapat berjalan efektif dan efisien dan indikator dapat dicapai. Berikut ini beberapa pemecahan masalah yang dilakukan:

- 1) Peningkatan akses layanan malaria yang bermutu.
 - Desentralisasi pelaksanaan program oleh Kab/kota.
 - Integrasi kedalam layanan kesehatan primer.
 - Penemuan dini dengan konfirmasi dan pengobatan yang tepat sesuai dengan standar dan pemantauan kepatuhan minum obat.
 - Penerapan sistem jejaring *public-private mix* layanan malaria.
- 2) Pencegahan dan pengendalian vektor terpadu.
- 3) Intervensi kombinasi (LLIN, IRS, Larvasida, pengelolaan lingkungan, personal protection, profilaksis) dengan berbasis bukti melalui pendekatan kolaboratif.
- 4) Sosialisasi penggunaan dana yang bisa dimanfaatkan untuk pencegahan dan pengendalian malaria baik Dana Dekonsentrasi, DAK non fisik, APBD, NGO/Swasta, Dana Desa, dan Dana Kapitasi.
- 5) Terdapat tenaga pendamping dari UNICEF dan WHO untuk Dinas Kesehatan Kab/kota dalam mempercepat penurunan kasus dan

mempercepat eliminasi malaria khususnya Kab/Kota endemis tinggi sebagian besar berada di Kawasan Timur Indonesia.

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

4. Jumlah Kab/Kota dengan eliminasi kusta sebesar 436 Kab/Kota

a. Penjelasan Indikator

Eliminasi merupakan upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan di wilayah yang bersangkutan. Eliminasi kusta berarti angka prevalensi <1/10.000 penduduk. Secara nasional, Indonesia telah mencapai eliminasi sejak tahun 2000, sedangkan eliminasi tingkat Provinsi dan Kab/Kota belum mencapai 100%

b. Definisi operasional

Jumlah Kabupaten/Kota dengan eliminasi kusta adalah jumlah provinsi yang mempunyai angka prevalensi kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk pada tahun tertentu.

c. Rumus/cara perhitungan

Akumulasi jumlah Kabupaten/Kota yang telah mencapai eliminasi kusta (angka prevalensi <1/10.000 penduduk) pada tahun tertentu. Sedangkan rumus menghitung angka prevalensi adalah sebagai berikut:

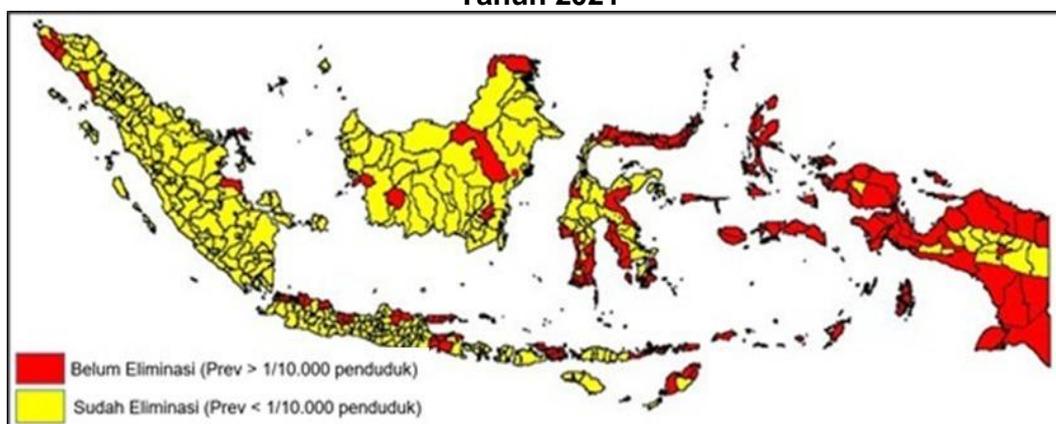
$$\text{Prevalensi Kusta} = \frac{\text{Jumlah kasus kusta terdaftar akhir tahun}}{\text{Jumlah penduduk pada tahun tersebut}} \times 10.000 \text{ penduduk}$$

Pembilang (nominator) adalah jumlah kasus terdaftar pada suatu Kab/Kota di akhir tahun, sedangkan penyebut (denominator) adalah jumlah penduduk pada tahun tersebut.

d. Capaian indikator

Indikator jumlah Kab/Kota dengan eliminasi kusta merupakan indikator yang dinilai secara tahunan, jumlah Kab/Kota yang eliminasi tahun lalu belum tentu sama dengan tahun berikutnya karena dihitung berdasarkan angka prevalensi Kab/Kota tersebut pada tahun berjalan. Peta sebaran prevalensi kusta di Indonesia digambarkan dalam peta berikut ini yang menunjukkan masih banyak daerah di Indonesia yang mempunyai prevalensi kusta > 1/10.000 penduduk dan terbanyak di wilayah timur Indonesia.

Gambar 3.10
Peta Kabupaten/Kota dengan Prevalensi Kusta < 1/10.000 Penduduk Tahun 2021



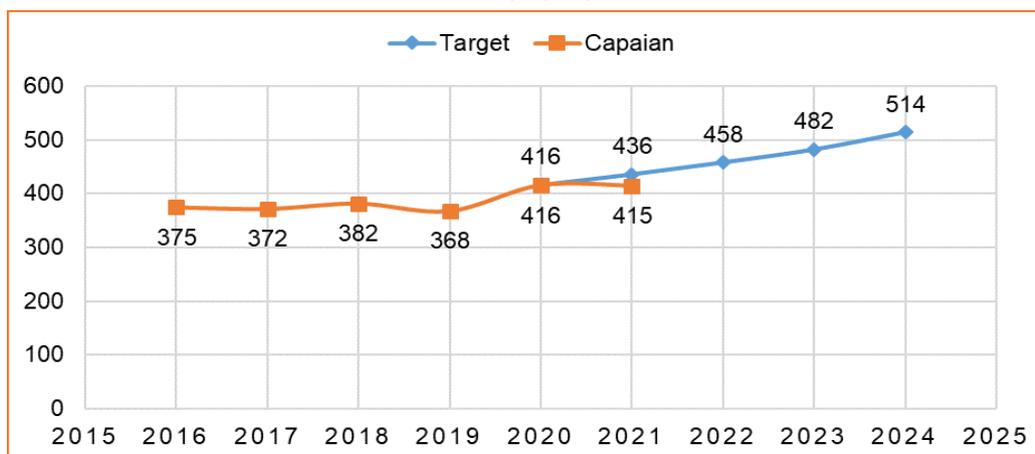
Sumber data : Laporan Substansi PTML, 2021

Data global tahun 2020 yang dilaporkan WHO dalam *Weekly Epidemiological Record* Tahun 2021 menyatakan bahwa pada tahun 2020 terdapat 127 negara yang melaporkan kasus kusta dengan kasus terdaftar 129.192 kasus terdaftar di akhir tahun dengan angka prevalensi mencapai 16,6 per 1.000.000 penduduk. Dari 15 negara dengan jumlah kasus di atas 1000 setiap tahunnya, 3 di antaranya masih memiliki prevalensi >1 per 10.000 penduduk yaitu Madagaskar, Somalia dan Brazil, sementara Indonesia sudah sejak tahun 2000 memiliki angka prevalensi < 1 per 10.000 penduduk secara nasional. Penemuan kasus baru mencapai 127.396 kasus baru dengan CDR mencapai 16,4 per 1.000.000 penduduk. Penurunan penemuan kasus kusta baru terjadi secara bertahap dalam 10 tahun terakhir. Sebanyak 3 negara yakni Brazil, India dan Indonesia yang melaporkan >10.000 kasus baru. Dari total kasus baru yang ditemukan di dunia, sebanyak 8.629 kasus baru anak ditemukan (6,77%), jumlah dan proporsi ini menurun dibandingkan tahun 2020 dengan 14.981 kasus baru anak ditemukan (7,4%), dengan persen penurunan sebesar 8,5%. Adapun penemuan kasus baru dengan cacat tingkat 2 pada tahun 2020 adalah 7.168 (5,63%),

menurun dibandingkan tahun 2019 dengan 10.813 kasus baru dengan cacat tingkat 2. Terdapat total 308 kasus anak dengan cacat tingkat 2 terdeteksi secara global dimana dengan jumlah tertinggi pada 5 negara dengan beban tinggi kusta, yaitu Ethiopia, Mozambique, Republik Demokratik Congo, Brazil dan India. Indonesia pada tahun 2019 termasuk salah satu negara dengan kasus anak dengan cacat tingkat 2 tertinggi, namun tidak dengan tahun 2020. Meskipun Indonesia telah memiliki angka prevalensi < 1 per 10.000 penduduk tetapi ditingkat Provinsi dan Kab/Kota masih terdapat daerah dengan angka prevalensi > 1 per 10.000 penduduk atau dinyatakan belum eliminasi kusta.

Capaian indikator jumlah Kab/Kota dengan eliminasi kusta mengalami fluktuatif setiap tahunnya. Pada tahun 2016, sebanyak 375 kab/kota mencapai eliminasi kusta, mengalami penurunan pada tahun 2017 menjadi 372 kab/kota. Tahun 2018, jumlah kab/kota mencapai eliminasi kusta mengalami peningkatan menjadi 382 kab/kota, namun menurun kembali pada tahun 2019 menjadi 368 kab/kota. Pada tahun 2020, capaian Kab/Kota dengan eliminasi kusta menunjukkan peningkatan menjadi 416 Kab/Kota dan sampai triwulan III tahun 2021, telah tercapai 415 Kab/Kota dengan eliminasi kusta.

Grafik 3.11
Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota dengan eliminasi kusta
Tahun 2016-2024



Sumber data : Laporan Substansi PTML, triwulan III Tahun 2021

Pada grafik diatas juga terlihat bahwa capaian indikator Kab/Kota dengan eliminasi kusta tahun 2021 tidak mencapai target yakni tercapai 415 Kab/Kota dari 436 Kab/Kota yang ditargetkan atau sebesar 95%. Hal tersebut kemungkinan terjadi karena penurunan jumlah kasus baru yang ditemukan. Adanya pandemi COVID-19 menyebabkan diberlakukannya pembatasan kegiatan dan pengumpulan masyarakat, sehingga pelaksanaan surveilans kusta di lapangan berjalan kurang maksimal dan kasus baru yang ditemukan mengalami penurunan secara signifikan. Hingga triwulan III tahun 2021, diketahui bahwa sebanyak 7146 kasus baru ditemukan dengan Case Detection Rate (CDR) sebesar 2,63 per 100.000 penduduk, jumlah ini jauh dibawah data global yang dilaporkan WHO dalam *Weekly Epidemiological Record* Tahun 2021,

diketahui bahwa pada tahun 2020, CDR 16,4 per 100.000 penduduk, dimana penyumbang terbesar adalah Kawasan SEAR. Sebanyak 13.487 penderita terdaftar dengan angka prevalensi mencapai 0,5 per 10.000 penduduk dengan proporsi kasus baru anak mencapai 10,89%, relatif sama dengan pencapaian tahun 2020 sebesar 10,8%. Sebanyak 104 kasus baru dengan cacat tingkat 2 ditemukan (4,27%), mengalami kenaikan dibandingkan tahun lalu sebesar 2,32%.

Selain itu grafik diatas juga menunjukkan perbandingan capaian kusta selama 2 tahun terakhir yakni terjadi penurunan capaian dari 416 Kab/Kota tahun 2020 menjadi 415 Kab/Kota pada tahun 2021, hal ini terjadi karena data triwulan 4 tahun 2020 belum didapatkan dari provinsi dan akan difinalisasi pada bulan Maret-April tahun 2021, sehingga capaian indikator tersebut dapat berubah. Bila dibandingkan dengan target tahun 2022-2024, maka capaian target diperkirakan tidak berjalan *on track*. Bila dibandingkan dengan cakupan eliminasi kusta per Provinsi maka dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.5
Jumlah Kab/Kota dengan eliminasi kusta per Provinsi Tahun 2021

NO	PROVINSI	JUMLAH KAB/KOTA	JUMLAH KAB/KOTA ELIMINASI	% CAPAIAN
1	Sumatera Utara	33	33	100%
2	Sumatera Barat	19	19	100%
3	Riau	12	12	100%
4	Sumatera Selatan	17	17	100%
5	Bengkulu	10	10	100%
6	Lampung	15	15	100%
7	Kep. Bangka Belitung	7	7	100%
8	DI. Yogyakarta	5	5	100%
9	Banten	8	8	100%
10	Bali	9	9	100%
11	Kalimantan Tengah	14	14	100%
12	Kalimantan Selatan	13	13	100%
13	Kalimantan Timur	10	10	100%
14	Kalimantan Utara	5	5	100%
15	Sulawesi Tengah	13	13	100%
16	Kalimantan Barat	14	13	92,86%
17	Jawa Tengah	35	32	91,43%
18	Jambi	11	10	90,91%
19	Jawa Timur	38	34	89,47%
20	Aceh	23	20	86,96%
21	Kep. Riau	7	6	85,71%
22	Jawa Barat	27	23	85,19%
23	DKI Jakarta	6	5	83,33%
24	Nusa Tenggara Barat	10	8	80%

NO	PROVINSI	JUMLAH KAB/KOTA	JUMLAH KAB/KOTA ELIMINASI	% CAPAIAN
25	Sulawesi Selatan	24	18	75%
26	Sulawesi Barat	6	4	66,67%
27	Sulawesi Tenggara	17	11	64,71%
28	Nusa Tenggara Timur	22	14	63,64%
29	Papua	29	11	37,94%
30	Sulawesi Utara	15	5	33,33%
31	Maluku Utara	18	4	22,22%
32	Maluku	11	2	18,18%
33	Gorontalo	6	1	16,67%
34	Papua Barat	13	2	15,38%
	INDONESIA	514	415	80,74%

Sumber data : Laporan Substansi PTML, triwulan III Tahun 2021

Dari tabel diatas terlihat bahwa sebanyak 415 Kab/Kota telah mencapai eliminasi kusta pada tahun 2015 atau sebesar 80.74% dan 15 Provinsi diantaranya mempunyai 100% Kab/Kota yang telah mencapai eliminasi kusta. Provinsi yang paling sedikit Kab/Kotanya telah eliminasi adalah Provinsi Papua Barat, Gorontalo dan Maluku.

e. Analisa penyebab kegagalan pencapaian

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

Tingginya angka prevalensi dipengaruhi oleh jumlah kasus yang masih terdaftar menerima pengobatan di akhir tahun. Banyaknya kasus yang tidak menyelesaikan pengobatan secara tepat waktu turut mempengaruhi peningkatan jumlah kasus terdaftar di akhir tahun. Pasien kusta tipe PB seharusnya menghabiskan 6 blister dalam waktu 6 bulan, pasien kusta tipe MB seharusnya menghabiskan 12 blister dalam waktu 12 bulan. Penyebab keterlambatan ini antara lain masih adanya stigma yang menyebabkan pasien enggan mengambil obat secara rutin, kesulitan akses menuju fasyankes, perburukan penyakit akibat reaksi kusta dan lainnya. Keterlambatan dalam penyelesaian pengobatan mengakibatkan tingginya prevalensi yang mengarah pada tidak tercapainya status eliminasi.

f. Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator

- 1) Sebagian besar anggaran program Pencegahan dan Pengendalian Kusta dialihkan menjadi dana dekonsentrasi bagi 34 provinsi. Adapun bentuk kegiatan yang dilakukan adalah advokasi dan sosialisasi bagi LP/LS serta orientasi dokter dan petugas pengelola program Pencegahan dan Pengendalian Kusta tingkat Puskesmas; pelaksanaan intensifikasi penemuan kasus kusta dan frambusia di kabupaten/kota endemis; survei desa dan pertemuan monitoring evaluasi dan validasi kohort tingkat provinsi;
- 2) Intensifikasi Penemuan Kasus Kusta dan Frambusia (*Intensified Case Finding/ ICF*) (*Pelaksanaan dan pendampingan*). Kegiatan tersebut terdiri dari pelaksanaan kegiatan oleh kabupaten/kota endemis kusta pada daerah Papua dan Non Papua menggunakan dana dekonsentrasi dan pendampingan pelaksanaan oleh tim pusat menggunakan dana APBN. Pelaksanaan penemuan kasus difokuskan pada daerah lokus kusta dengan tujuan untuk meningkatkan penemuan kasus kusta secara dini. Pada kegiatan ini tidak hanya dilaksanakan penemuan dan pemeriksaan kasus, namun juga dilakukan edukasi terhadap masyarakat tentang penyakit kusta, sehingga dapat meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap kusta dan partisipasi mereka dalam penemuan kasus, serta menurunkan stigma dan diskriminasi;
- 3) Orientasi Dokter Rujukan Program P2P Kusta di Kabupaten/ Kota dan Provinsi Kegiatan ini dilaksanakan di 4 Provinsi yaitu DKI Jakarta (*Daring*), Provinsi Gorontalo, Maluku dan Papua;
- 4) Orientasi Petugas Puskesmas Program Pencegahan dan Pengendalian Kusta di Kabupaten Cimahi Provinsi Jawa Barat;
- 5) Monitoring Multi Drug Therapy (MDT) Program Pencegahan dan Pengendalian Kusta;
- 6) Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama mitra pemerintah khususnya bidang kesehatan di 5 kabupaten/kota yakni yaitu Kota Makassar (Sulawesi Selatan), Kabupaten Bone (Sulawesi Selatan), Kabupaten Bekasi (Jawa Barat) dan Kabupaten Jember (Jawa Timur). Kegiatan bertujuan untuk melakukan advokasi dan sosialisasi program kusta kepada pimpinan setempat serta Lintas Program dan Lintas Sektor untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan kemitraan daerah;
- 7) Pertemuan Evaluasi Program dan Validasi Data Kohort Nasional Pencegahan dan Pengendalian Kusta dan Frambusia yang bertujuan melakukan monitoring dan evaluasi program yang dilaksanakan oleh provinsi di Indonesia serta melakukan validasi dan finalisasi data tahun 2021;
- 8) Perluasan daerah dan sasaran pengobatan pencegahan kusta (kemoprofilaksis) ke beberapa kabupaten/kota endemis tinggi kusta;
- 9) Melanjutkan pengembangan sistem informasi online kusta dan frambusia bagi kemudahan pencatatan dan pelaporan program di fasyankes;
- 10) Penyusunan Kurikulum Pelatihan Petugas Pemegang Program Kusta dan Frambusia;
- 11) Meningkatkan Kerjasama dengan Perguruan Tinggi dan Organisasi Profesi.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

- 1) Di banyak kabupaten/kota kantong kusta sekalipun, kusta tidak dipandang sebagai prioritas masalah kesehatan masyarakat. Hal ini berakibat sebagian besar wilayah kantong kusta tidak mendapat dukungan lintas program dan sektor;
- 2) Masih tingginya transmisi kusta di masyarakat;
- 3) Tingginya mutasi petugas kesehatan menyebabkan program pencegahan dan pengendalian kusta di daerah berjalan kurang maksimal;
- 4) Masih adanya stigma, baik *self-stigma* pada penderita kusta maupun stigma pada masyarakat dan keluarga penderita akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman terhadap penyakit kusta. Hal tersebut dapat menghambat penemuan kasus dan menghambat penderita untuk mencari pengobatan sedini mungkin;
- 5) Sebagian besar daerah kantong kusta berada di lokasi yang sulit dijangkau, menyebabkan sulitnya pencarian kasus dan akses masyarakat menuju pelayanan Kesehatan;
- 6) Belum maksimalnya kemitraan dengan organisasi profesi, RS dan praktek dokter swasta dalam menciptakan pelayanan kusta yang komprehensif dan terstandar;
- 7) Pada beberapa daerah endemis rendah, rendahnya kesadaran dan pengetahuan tentang kusta pada petugas dan masyarakat, serta surveilans tidak berjalan dengan adekuat, mengakibatkan terjadinya keterlambatan penemuan kasus;
- 8) Data final program P2 Kusta tahun 2021 belum tersedia dan penilaian status eliminasi kusta belum dapat dilakukan karena laporan dari provinsi belum lengkap;
- 9) Selama 8 bulan pelaksanaan kegiatan program kusta tidak berjalan optimal karena banyaknya pembatasan kegiatan akibat pandemi COVID-19 sehingga pengelola program kesulitan menjalankan kegiatannya. Upaya penemuan aktif yang diharapkan dapat meningkatkan jumlah penemuan kasus baru sebagian besar tidak bisa dilaksanakan karena adanya efisiensi dan refocusing anggaran untuk penanggulangan COVID-19 baik di tingkat pusat ataupun dana dekonsentrasi.
- 10) Logistik MDT untuk mengobati pasien kusta juga mengalami kendala proses distribusi akibat pembatasan kegiatan di negara pengirim. Masalah juga terjadi pada manajemen MDT baik di tingkat Puskesmas ataupun Kabupaten/Kota, di mana terdapat perbedaan pengelolaan mulai dari permintaan, penyimpanan ataupun pengelola.
- 11) Kegiatan peningkatan kapasitas pengelola program dan monitoring evaluasi baru efektif pada 4 bulan terakhir;

h. Pemecahan Masalah

- 1) Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi dapat dilakukan dengan memaksimalkan penggunaan perangkat digital;

- 2) Melakukan kegiatan koordinasi pemantauan kabupaten yang ditarget eliminasi;
- 3) Melakukan validasi data;
- 4) Melakukan bimtek dan pendampingan provinsi dan atau kab/kota yg ditarget eliminasi;
- 5) Meningkatkan cakupan pemberian kemoprofilaksis pada kontak kasus;
- 6) Meningkatkan pemantauan pengobatan pada kasus;
- 7) Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian eliminasi kusta;
- 8) Memperluas cakupan kegiatan pelaksanaan penemuan kasus kusta secara aktif dan berkelanjutan;
- 9) Menganggarkan dan melaksanakan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan secara rutin;
- 10) Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE kepada penderita, keluarga penderita, dan masyarakat dalam rangka menurunkan stigma kusta di masyarakat;
- 11) Memperluas sasaran pengobatan pencegahan kusta (kemoprofilaksis), terutama di daerah endemis lokus kusta;
- 12) Mempererat integrasi program dengan penyakit lain, misalnya kusta-frambusia, kusta-filariasis, kusta-ispa, dan lain-lain;
- 13) Memperkuat jejaring kemitraan dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi agar memperoleh dukungan dalam pelaksanaan program sesuai dengan tupoksi masing-masing;
- 14) Mendorong daerah endemis rendah agar terus melakukan surveilans kasus kusta secara aktif dengan tetap memperhatikan kejadian kasus kusta pada anak dan kasus cacat;
- 15) Melaksanakan pengembangan kegiatan inovasi seperti pengembangan pelatihan *e-learning*, pilot pengembangan kemoprofilaksis plus pemeriksaan serologi dan pengembangan *skin-apps*.

5. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi sebesar 93 kab/kota

a. Penjelasan Indikator

Sebagai bagian dari masyarakat dunia, Indonesia ikut serta dalam Kesepakatan Global yang ditetapkan oleh WHO untuk mengeliminasi Filariasis. Pemberian obat pencegahan massal (POPM) Filariasis adalah kegiatan utama dari program eliminasi Filariasis untuk mencapai goal eliminasi Filariasis dengan tujuan memutuskan rantai penularan filariasis. Indonesia telah menetapkan sebanyak 236 kabupaten/kota dari total 514 kabupaten/kota adalah daerah endemis filariasis.

Dalam pengendalian Filariasis, sebelum suatu kabupaten/kota dinilai tingkat transmisi filariasisnya, kabupaten/kota tersebut harus telah selesai melaksanakan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis pada

seluruh penduduk sasaran di kabupaten/kota tersebut selama minimal 5 tahun berturut-turut dengan cakupan pengobatan minimal 65% dari total jumlah penduduk. Kemudian setelah 6 bulan dari pelaksanaan POPM Filariasis Tahun ke-5, maka dilaksanakan survei evaluasi prevalensi mikrofilaria. Jika hasil survei menunjukkan prevalensi angka mikrofilaria <1% pada kabupaten/kota tersebut maka dilaksanakan survei evaluasi penularan (Transmission Assessment Survey/TAS) Filariasis. tetapi jika gagal maka kabupaten/kota tersebut harus melaksanakan POPM Filariasis kembali selama 2 tahun. Jika kabupaten/kota tersebut berhasil lulus dalam survei evaluasi penilaian filariasis tahap ke dua maka daerah tersebut dinilai berhasil mencapai eliminasi filariasis.

b. Definisi operasional

Indikator jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi Filariasis dihitung dari jumlah akumulasi kab/kota yang berhasil lulus dalam survei evaluasi penilaian penularan filariasis tahap kedua.

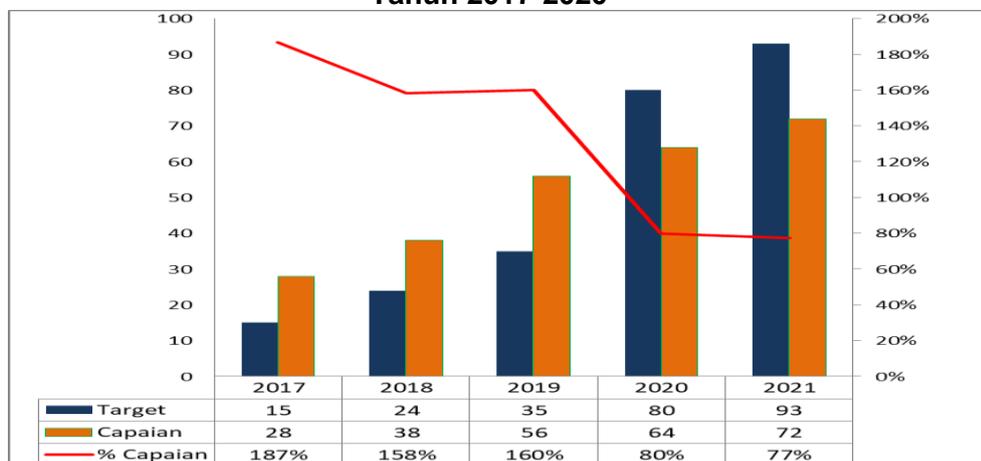
c. Rumus/cara perhitungan

Akumulasi jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi pada tahun tersebut.

d. Capaian indikator

Pada tahun 2017 – 2020 target jumlah kabupaten/kota endemis Filariasis yang mencapai eliminasi berhasil dicapai sebesar 187%, 158%, 160% dan 80%. Adanya pandemi Covid-19 pada tahun 2020 menyebabkan target indikator tahun 2020-2021 tidak tercapai. Pada tahun 2020 dari target 80 kabupaten/kota endemis Filariasis yang mencapai eliminasi hanya berhasil dicapai sebanyak 64 kabupaten/kota (80%), Pada tahun 2021, dari target 93 kabupaten/kota hanya berhasil dicapai sebanyak 72 Kab/Kota (77%) Data capaian jumlah kabupaten/kota endemis Filariasis yang mencapai eliminasi tahun 2017–2021 terlihat dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.12
Jumlah Kabupaten/Kota endemis Filariasis yang mencapai eliminasi Tahun 2017-2020



Sumber data : Laporan Substansi Filariasis dan Kecacingan, data per 13 Januari 2022

Sampai dengan tahun 2021, sebanyak 72 kabupaten/kota dari 236 kabupaten/kota endemis Filariasis telah berhasil mencapai eliminasi Filariasis. Peningkatan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi Filariasis menunjukkan semakin meningkatnya komitmen kabupaten/kota dalam melaksanakan program pengendalian Filariasis melalui Pemberian Obat Pencegahan Massal Filariasis selama minimal 5 tahun berturut-turut dengan cakupan minimal 65% total penduduk untuk memutus rantai penularan. Data kabupaten/kota endemis Filariasis telah berhasil mencapai eliminasi Filariasis per provinsi dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.6
Jumlah Kab/Kota endemis filariasis berhasil mencapai eliminasi filariasis sampai tahun 2021

NO	PROVINSI	JUMLAH KAB/KOTA ENDEMIS	JUMLAH KAB/KOTA ELIMINASI	% CAPAIAN
1	Aceh	12	2	16.7%
2	Sumatera Utara	9	5	55.6%
3	Sumatera Barat	10	7	70.0%
4	Riau	10	8	80.0%
5	Jambi	5	1	20.0%
6	Sumatera Selatan	9	4	44.4%
7	Bengkulu	5	3	60.0%
8	Lampung	1	0	0.0%
9	Kep. Bangka Belitung	7	5	71.4%
10	Kep. Riau	3	0	0.0%
11	DKI Jakarta	0	0	-
12	Jawa Barat	11	7	63.6%
13	Jawa Tengah	9	0	0.0%
14	DI. Yogyakarta	0	0	-
15	Jawa Timur	0	0	-
16	Banten	5	5	100.0%
17	Bali	0	0	-
18	Nusa Tenggara Barat	0	0	-
19	Nusa Tenggara Timur	18	2	11.1%
20	Kalimantan Barat	9	0	0.0%
21	Kalimantan Tengah	11	3	27.3%
22	Kalimantan Selatan	8	1	12.5%
23	Kalimantan Timur	6	0	0.0%
24	Kalimantan Utara	4	0	0.0%
25	Sulawesi Utara	0	0	-
26	Sulawesi Tengah	9	3	33.3%
27	Sulawesi Selatan	4	3	75.0%
28	Sulawesi Tenggara	12	3	25.0%
29	Gorontalo	6	4	66.7%
30	Sulawesi Barat	4	1	25.0%
31	Maluku	8	0	0.0%
32	Maluku Utara	6	1	16.7%

NO	PROVINSI	JUMLAH KAB/KOTA ENDEMIK	JUMLAH KAB/KOTA ELIMINASI	% CAPAIAN
33	Papua	23	4	17.4%
34	Papua Barat	12	0	0.0%
	INDONESIA	236	72	30.1%

Sumber data : Laporan Substansi Filariasis dan Kecacingan, data per 13 Januari 2022

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

e. Analisa penyebab kegagalan pencapaian

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.

Kondisi pandemi Covid-19 tahun 2021 menyebabkan pelaksanaan kegiatan survei TAS Filariasis tahap dua dengan sasaran anak sekolah kelas 1 dan kelas 2 SD/MI di beberapa kabupaten/kota terdampak Covid-19 tidak dapat dilaksanakan. Pelaksanaan survei TAS tahap 2 pada 21 kabupaten/kota endemis *Brugia Sp* mengalami penundaan berdasarkan rekomendasi dari Regional Programme Review Group (RPRG) pada Bulan Juni Tahun 2021. Indonesia diminta menunda sementara semua survei TAS sampai hasil evaluasi independen *Brugia Rapid Test* tersedia. Evaluasi independen akan dilaksanakan pada Bulan Januari Tahun 2022.

f. Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator

1. Pelaksanaan Pemberian Obat Massal Pencegahan (POPM) Filariasis
Salah satu upaya strategis yang dilakukan untuk dapat memutus rantai penularan adalah dengan Pelaksanaan Pemberian Obat Massal Pencegahan (POPM) Filariasis. Pada tahun 2021, POPM Filariasis dilaksanakan dengan memperhatikan protokol Kesehatan untuk mencegah penularan Covid-19.
2. Akselerasi eliminasi Filariasis melalui Pelaksanaan POPM Filariasis dengan menggunakan Regimen 3 obat IDA (Ivermectin, DEC, dan Albendazole).
Pada tahun 2018 WHO telah merekomendasikan penggunaan Regimen IDA dalam POPM Filariasis sebagai pengembangan obat makrofilariacidal yang lebih efektif, aman, dan dapat digunakan di lapangan. Dengan cakupan POPM

yang efektif (>65%) maka regimen IDA dapat mempersingkat waktu pelaksanaan POPM menjadi kurang dari 5 tahun. Pada Tahun 2021 Kabupaten Mamuju, Kabupaten Biak Numfor, Kota Sorong, Kota Pekalongan, Kabupaten Kaimana dan Kabupaten Manowari Selatan melaksanakan POPM Regimen IDA dengan menggunakan payung hukum sebagai berikut:

- a. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/445/2021 tentang Pelaksanaan Pemberian Obat Pencegahan Massal Filariasis Regimen Ivermectin, Diethylcarbamazine Citrate, dan Albendazole di Kabupaten Mamuju, Kabupaten Biak Numfor, Kota Sorong, dan Kota Pekalongan.
- b. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/5659/2021 tentang Pelaksanaan Pemberian Obat Pencegahan Massal Filariasis Regimen Ivermectin, Diethylcarbamazine Citrate, dan Albendazole di Kabupaten Kaimana dan Kabupaten Manowari Selatan.
- c. Keputusan Direktur Jenderal P2P Nomer HK.01.07/1/2348/2021 tentang Pelaksanaan Pemberian Obat Pencegahan Massal Filariasis Regimen Ivermectin, Diethylcarbamazine Citrate, dan Albendazole di Kabupaten Mamuju, Kabupaten Biak Numfor, Kota Sorong, dan Kota Pekalongan

3. Advokasi, Sosialisasi, serta Koordinasi Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis secara Intensif

Advokasi, Sosialisasi, serta Koordinasi POPM Filariasis secara aktif dan intensif dilaksanakan kepada Lintas Sektor dan Lintas Program terkait serta seluruh lapisan masyarakat untuk meningkatkan cakupan dalam minum obat pencegahan Filariasis.



Gambar 3.11

Pemberian Sertifikat Eliminasi Filariasis pada Acara Hari Peringatan Nyamuk (HPN) 2021

4. Monitoring dan Evaluasi dalam rangka Eliminasi Filariasis.

Kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan untuk mendukung program penanggulangan Filariasis serta mengevaluasi hambatan dan tantangan dalam pengendalian Filariasis. Kegiatan yang dilaksanakan antara lain:

- a. Pertemuan Evaluasi Program Filariasis Tahun 2020 dan Rencana Kegiatan POPM Filariasis tahun 2021 secara virtual dengan Dinas Kesehatan Provinsi di seluruh Indonesia
- b. Pertemuan Virtual Koordinasi Pengelola Program Filariasis Provinsi dalam rangka identifikasi kebutuhan obat dan ketersediaan Logistik Obat Filariasis
- c. Pertemuan Virtual Koordinasi Program Filariasis dan Kecacangan dalam rangka Sosialisasi Tatalaksana Kasus Kronis Filariasis.
- d. Koordinasi LS/LP dalam rangka penguatan program pengendalian Filariasis
- e. Koordinasi National Task Force Filariasis (NTF) dan Komite Ahli Pengobatan Filariasis (KAPFI)
- f. Pencegahan Dini/ Penanggulangan Kejadian Ikutan Minum Obat (POPM) Filariasis dan Kecacangan terpadu
- g. Assessment Persiapan Eliminasi Filariasis
- h. Surveilans Kasus Kronis Filariasis

5. Surveilans Pasca POPM Filariasis

Surveilans merupakan tahap yang paling penting dalam melaksanakan eliminasi Filariasis. Setelah POPM Filariasis dilaksanakan selama 5 tahun pada kabupaten/kota endemis Filariasis, selanjutnya kabupaten/kota tersebut dievaluasi melalui survei evaluasi mikrofilaria untuk melihat apakah kabupaten/kota endemis Filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria rate <1%. Jika lulus maka dilaksanakan survei evaluasi penularan Filariasis untuk melihat apakah masih terjadi penularan pada daerah tersebut atau masih harus melanjutkan kegiatan POPM Filariasis sebelum ditetapkan sebagai daerah eliminasi Filariasis. Pelaksanaan Surveilans pasca POPM Filariasis di laksanakan dengan memperhatikan protokol Kesehatan serta dengan mempertimbangkan situasi dan kondisi pandemi Covid-19 di Kabupaten/Kota.

6. Surveilans Pasca Eliminasi Filariasis

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

7. Distribusi obat, logistik, KIE, dan bahan survei Filariasis ke daerah

Dalam rangka mendukung kegiatan penanggulangan Filariasis di kabupaten/kota maka obat, logistik, KIE, dan bahan survei Filariasis didistribusikan ke daerah sesuai perencanaan yang telah disusun sebelumnya.

g. Kendala/Masalah yang dihadapi

1. Pada tahun 2021 tenaga kesehatan memprioritaskan melaksanakan vaksinasi Covid-19 sehingga pelaksanaan POPM Filariasis tertunda.
2. Kondisi geografis beberapa wilayah di Indonesia yang sulit terjangkau. Kegiatan POPM Filariasis dilaksanakan untuk seluruh penduduk usia 2-70 tahun di kabupaten/kota endemis Filariasis, dimana beberapa daerah tersebut

merupakan daerah terpencil dan kepulauan yang sulit aksesnya, sehingga pelaksanaan POPM Filariasis di daerah tersebut sulit menjangkau seluruh sasaran, terutama di desa-desa terpencil.

3. Obat donasi (Ivermectin) datang terlambat sehingga POPM IDA terlaksana tidak tepat waktu atau tertunda.
4. Kondisi keamanan menyebabkan cakupan POPM Filariasis di Papua rendah, serta pelaksanaan survei evaluasi Filariasis tidak dapat dilaksanakan.
5. Tidak tersedianya alat Brugia Rapid Test menyebabkan pelaksanaan kegiatan survei evaluasi penularan (Transmission Assessment Survey/TAS) Filariasis di beberapa daerah tidak dapat dilaksanakan

h. Pemecahan Masalah

1. Mengatur jadwal pelaksanaan POPM Filariasis dan menyesuaikan jadwal vaksinasi.
2. Advokasi kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan komitmen dalam menjangkau daerah-daerah sulit dalam pelaksanaan POPM Filariasis, serta Mengoptimalkan mobilisasi tenaga kesehatan yang ada untuk menjangkau daerah-daerah sulit dan terpencil.
3. Meningkatkan koordinasi dengan WHO terkait penyediaan dan distribusi obat donasi.
4. Menjamin keamanan pelaksanaan POPM dan survei dengan melibatkan seluruh Lintas Sektor khususnya TNI/POLRI
5. Mendorong segera terlaksananya Evaluasi Independen pada alat Brugia rapid test agar tersedia alat diagnostik dengan kualitas baik.

6. Jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun sebesar 100 Kab/Kota

a. Penjelasan Indikator

Merokok merupakan salah satu faktor risiko dari berbagai penyakit. Merokok pada orang yang memiliki penyakit co-morbid seperti hipertensi, diabetes, jantung diketahui berpotensi lebih besar untuk terjangkit COVID-19. Merokok dapat meningkatkan potensi co-morbid yang lebih banyak sehingga potensi tertular atau terinfeksi COVID-19 lebih besar. Kebiasaan memegang rokok oleh para perokok secara berulang-ulang menyebabkan transmisi virus ke dalam tubuh jauh lebih meningkat karena adanya inhalasi dari tangan ke saluran pernafasan. Persentasi perokok yang terkena COVID-19 dan meninggal sekitar 25%, sedangkan mortalitas umum di dunia sekitar 5%.

Indikator Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan perokok usia <18 tahun menggambarkan upaya dalam rangka menurunkan prevalensi perokok melalui Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang melaksanakan Upaya Berhenti Merokok (UBM) dan atau melaksanakan implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Lingkup FKTP yang dimaksud adalah puskesmas yang melakukan layanan UBM. Layanan UBM merupakan salah satu upaya

dalam membantu masyarakat untuk berhenti merokok dan mengatasi gejala putus nikotin. Gejala putus nikotin (*withdrawal effect*) dapat berupa perubahan emosi dan perilaku. Sebagian perokok dapat berhenti tanpa mengalami gejala putus nikotin, namun sebagian lagi masih mengalami kecanduan kembali merokok. Sehingga diperlukan bantuan tenaga kesehatan melalui Layanan UBM agar dapat membantu mereka yang kesulitan untuk berhenti merokok.

Kegiatan konseling berhenti merokok dapat dilakukan terintegrasi dengan program lain seperti program *Practical Approach to Lung Health* (PAL) atau merupakan tindak lanjut dari kegiatan posbindu PTM, deteksi dini program keswa yang menggunakan instrumen *Alcohol Smoking and Substances Involvement Screening Test* (ASSIST), UBM sekolah, penjangkauan awal dan berkala di sekolah, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), dan skrining berhenti merokok di sekolah. Pelayanan konseling UBM dapat dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) dengan pendekatan multi disiplin apabila layanan UBM di FKTP dinilai gagal. Kegiatan Konseling UBM diselenggarakan dengan manajemen perencanaan, pembiayaan, penyelenggaraan, pencatatan, pelaporan serta pemantauan dan evaluasi yang terstruktur sesuai ketentuan. Layanan konseling UBM adalah suatu layanan konseling kepada seseorang yang ingin berhenti merokok yang diberikan oleh seorang tenaga terlatih. Layanan konseling UBM di FKTP dilaksanakan 2 minggu sekali selama 3 bulan pertama dengan durasi waktu 30 hingga 60 menit, atau dilakukan minimal 6 kali pertemuan untuk setiap klien. Selain layanan UBM, indikator ini juga dihitung dari Kab/Kota yang melaksanakan kebijakan KTR. Kab/Kota yang melaksanakan kebijakan KTR dinilai dari Kab/Kota yang menerbitkan Perda atau Perkada tentang KTR.

b. Definisi Operasional

Jumlah kabupaten/kota yang $\geq 40\%$ FKTP menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) dan atau melaksanakan implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

c. Rumus/Cara perhitungan

Indikator ini dihitung dari akumulasi jumlah Kab/Kota yang $\geq 40\%$ FKTP menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) dan atau melaksanakan implementasi Kawasan Tanpa Rokok. Sedangkan perhitungan persentase FKTP menyelenggarakan layanan UBM dan atau melaksanakan KTR dihitung sesuai rumus sebagai berikut:

$$\text{Persentase FKTP menyelenggarakan UBM dan atau KTR} = \frac{\text{Jumlah Puskesmas yang melaksanakan layanan UBM dan implementasi KTR}}{\text{Jumlah seluruh Puskesmas di Kab/Kota}} \times 100\%$$

d. Capaian Indikator

Capaian indikator Jumlah Kab/Kota yang melakukan pencegahan perokok usia <18 tahun periode tahun 2020-2021, menunjukkan kenaikan yang cukup signifikan dalam masa pandemi COVID-19 yang sudah berlangsung selama 2 tahun ini. Tahun 2020 target yang ditetapkan sebesar 50 kab/kota dengan capaian sebesar 19 kab/kota, sedangkan tahun 2021, target yang ditetapkan 100 kab/kota dengan capaian sebesar 94 kab/kota atau sebesar 94%. Pencapaian ini berasal dari 74 kab/kota yang sudah menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) ditambah dengan 20 Kab/Kota yang melaksanakan implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Pada grafik dibawah ini tergambarakan bahwa selama tahun 2020-2021, capaian indikator tidak mencapai target tetapi menunjukkan peningkatan capaian. Bila dibandingkan dengan target tahun jangka menengah tahun 2022 dan jangka akhir tahun 2024 maka capaian akan berjalan on track dengan upaya kerja keras dan komitmen bersama. Secara lengkap dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Grafik 3.13
Target dan Capaian Jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan
pencegahan perokok usia <18 tahun
Tahun 2020-2024



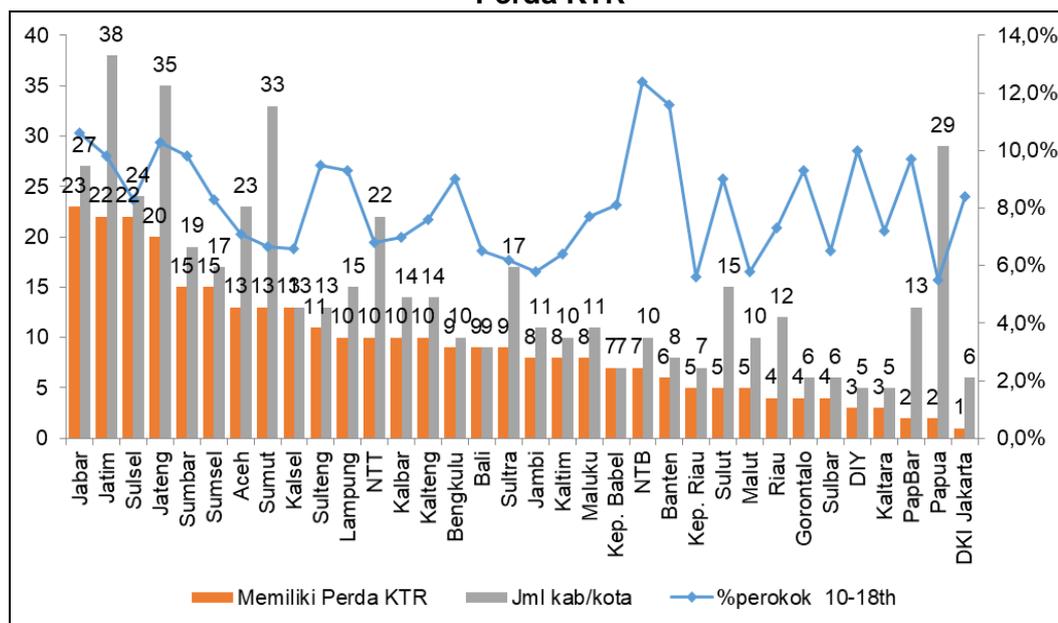
Sumber data: Substansi PKGI, data per 13 Januari 2022

Tahun 2021, sebanyak 20 Kab/Kota telah memiliki dan menerapkan Perda KTR yaitu Provinsi Sumatera Utara (Kab. Deli Serdang dan Kota Sibolga), Provinsi Sumatera Barat (Kota Pasaman Barat), Provinsi Sumatera Selatan (Kab. OKU Selatan), Provinsi Jawa Barat (Kab. Ciamis, Kota Bandung, Kab. Kuningan, Kab. Pangandaran), Provinsi Jawa Tengah (Kab. Purworejo), Provinsi Jawa Timur (Kab. Madiun, Kab. Mojokerto, Kab. Lamongan, Kota Batu), Provinsi Kalimantan Barat (Kab. Kayong Utara), Provinsi Kalimantan Tengah (Kab. Barito Utara), Provinsi Kalimantan Selatan (Kab. Hulu Sungai Tengah), Provinsi Kalimantan Utara (Kab. Nunukan), Provinsi Gorontalo (Kab. Pohuwato), Provinsi Maluku (Kota Ambon) dan Provinsi Maluku Utara (Kab. Halmahera Timur). Bila dibandingkan dengan proporsi perokok usia 10-18 tahun di 20 Kab/Kota tersebut, maka data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa sebagian besar Provinsi tersebut mempunyai angka proporsi perokok yang cukup tinggi yakni Kota Bandung (14,1%), Kota Batu (12,1%), Kab. Ciamis (10,9%), Kab. Kuningan

(10,8%), Kab. OKU Selatan (10,7%), Kab. Mojokerto (10,1%), Kab. Lamongan (9,4%), Kab. Hulu Sungai Tengah (9,1%), Kab. Purworejo (8,9%), Kab. Deli Serdang (8,8%), Kab. Madiun (8,4%), Kab. Pangandaran (8,0%), Kab. Pohuwato (7,6%), Kab. Halmahera Timur (7,5%), Kota Sibolga (7,0%), Kota Ambon (7,1%), Kab. Pasaman Barat (6,6%), Kab. Nunukan (6,3%). Sedangkan Kabupaten lainnya dengan proporsi yang cukup rendah yakni Kab. Kayong Utara (4,8%) Kab. Barito Utara (1,4%). Hal ini menunjukkan adanya upaya di 20 Kab/Kota untuk menurunkan proporsi merokok pada usia 10-18 tahun.

Bila dibandingkan antara proporsi perokok di Kab/Kota dengan Kab/Kota yang telah melakukan upaya menurunkan proporsi perokok dengan adanya penerbitan Perda dan kebijakan implementasi Kawasan Tanpa Rokok maka dalam grafik dibawah ini menunjukkan bahwa sebagian besar Kab/Kota diseluruh Provinsi telah memiliki Perda dan kebijakan tanpa rokok, namun belum memberikan dampak yang bermakna terhadap jumlah perokok yang masih terus meningkat.

Grafik 3.14
Proporsi Perokok Usia 10-18 tahun pada Provinsi yang telah memiliki Perda KTR



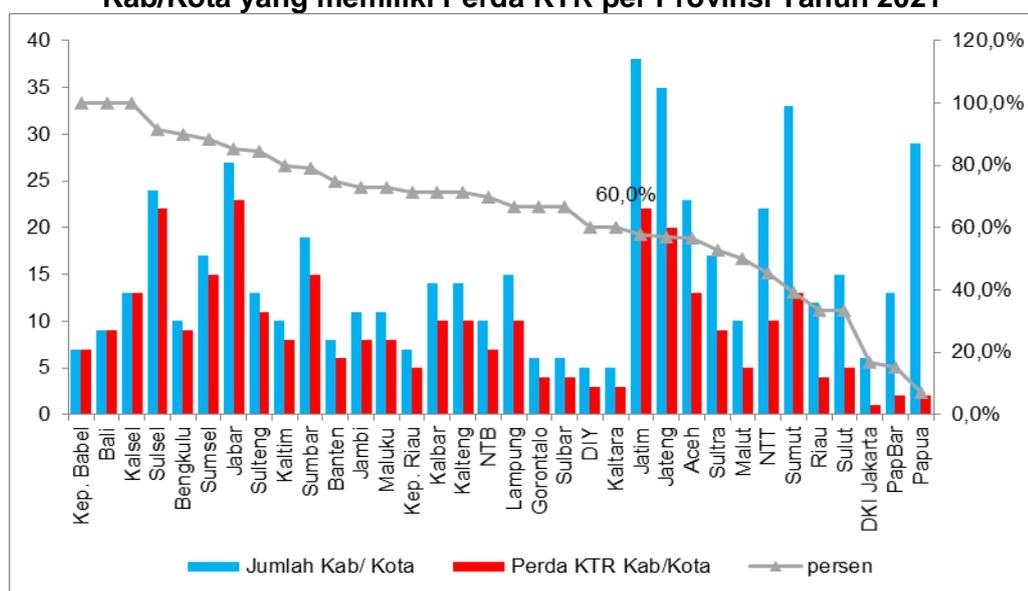
Sumber data : Riskesdas 2018, SIPTM 2021, dan jdih.go.id

Grafik diatas juga menunjukkan bahwa Provinsi dengan proporsi merokok tertinggi yakni Provinsi Nusa Tenggara Barat (12,4%), tetapi belum semua Kab/Kotanya melakukan upaya untuk menurunkan proporsi perokok, dari 10 Kab/Kota di NTB sebanyak 7 Kab/Kota telah memiliki Perda KTR sedangkan 3 Kab/Kota belum memiliki Perda KTR. Hal yang sama juga terjadi di Provinsi lainnya, oleh karena itu diperlukan sosialisasi dan edukasi secara berkesinambungan terkait rokok dan dampaknya bagi kesehatan melalui kerjasama antara Dinas Kesehatan dengan semua Organisasi Perangkat Daerah (OPD), stakeholder, tokoh masyarakat dan tokoh agama harus bersama-sama

bersinergi dalam melindungi masyarakat dari bahaya rokok baik bagi perokok aktif maupun perokok pasif.

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

Grafik 3.15
Kab/Kota yang memiliki Perda KTR per Provinsi Tahun 2021



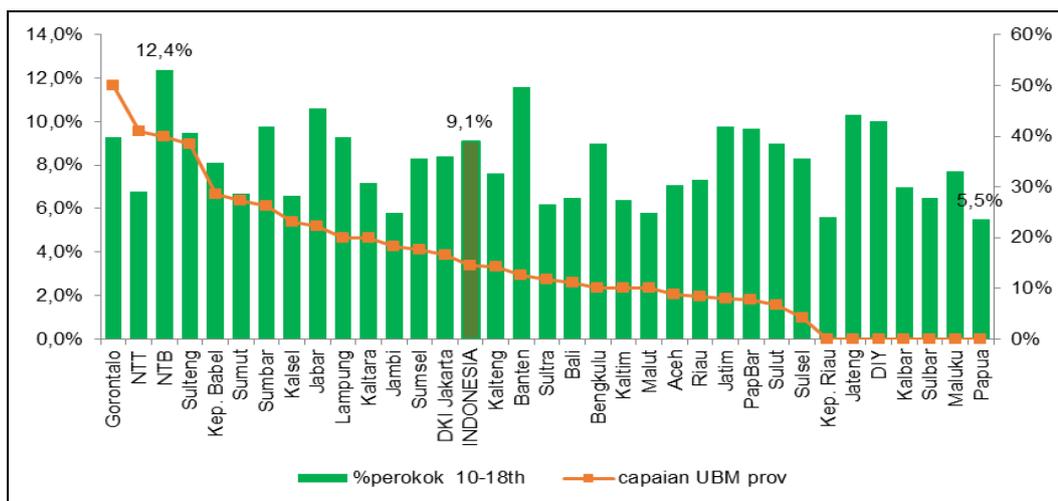
Sumber data: SIPTM dan jdih.go.id

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

Selain penerbitan Perda KTR, Kab/Kota yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) juga merupakan upaya pencegahan perokok usia <18 tahun. Pada tahun 2021, Kab/Kota yang telah menyelenggarakan layanan UBM menunjukkan peningkatan dari tahun sebelumnya yakni 13 Kab/Kota pada tahun 2020 menjadi 74 Kab/Kota pada tahun 2021. Grafik dibawah menunjukkan bahwa belum semua Kab/Kota melakukan upaya yang optimal untuk menurunkan proporsi perokok. Provinsi NTB dengan proporsi perokok tertinggi (12,4%), hanya 40% Kab/Kotanya yang menyelenggarakan layanan UBM. Demikian pula dengan Provinsi Gorontalo dengan proporsi merokok 9,3%, hanya

50% Kab/Kota nya telah menyelenggarakan UBM. Hal ini terjadi karena jumlah tenaga kesehatan yang mampu melakukan konseling UBM masih belum maksimal akibat masih minimnya jumlah nakes yang terlatih UBM dan sebagian karena ada rotasi petugas ke tempat lain sehingga layanan UBM di tempat asal terhenti dan belum ada pengganti petugas. Perbandingan Kab/Kota yang menyelenggarakan UBM dengan proporsi perokok di daerahnya secara lengkap dalam grafik berikut ini.

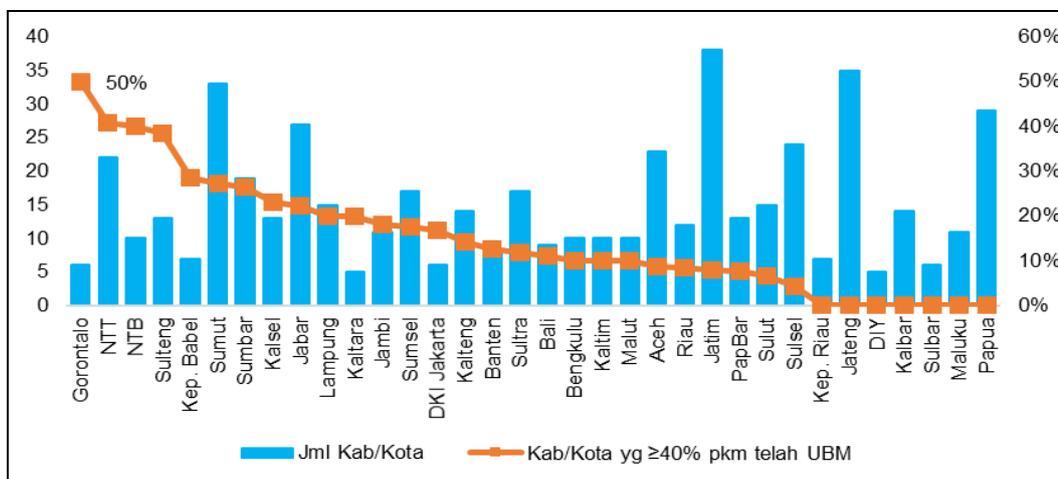
Grafik 3.16
Perbandingan Kab/Kota yang menyelenggarakan UBM
dengan proporsi perokok di Kab/Kota



Sumber data: Riskesdas 2018 dan SIPTM 2021

Kab/kota yang puskesmasnya telah menyelenggarakan layanan UBM paling banyak di Povinsi Gorontalo (50%). Sedangkan yang terendah ada di 7 Provinsi yang capaiannya masih nol, yaitu Provinsi Kepulauan Riau, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Kalimantan Barat, Sulawesi Barat, Maluku dan Papua. Secara lengkap dapat dilihat dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.17
Kab/Kota yang $\geq 40\%$ Puskesmasnya menyelenggarakan Layanan UBM



Sumber data: SIPTM

Oleh karena itu diperlukan upaya yang lebih serius dari pemerintah daerah dalam mendukung program nasional untuk melindungi setiap warga negara dari bahaya rokok mengingat jumlah perokok pemula semakin meningkat, dengan meningkatkan implementasi kebijakan KTR dan pelaksanaan UBM didaerahnya

Bila dibandingkan dengan Indikator Kinerja Sasaran dalam Renstra Kemenkes yakni indikator 100% Kab/Kota yang menerapkan kebijakan KTR dengan target 374 Kab/Kota pada tahun 2021, telah tercapai sebanyak 319 atau sebesar 85,3%. Indikator ini menjadi indikator komposit dari Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan perokok usia <18 tahun pada tahun 2021.

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Indikator Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan perokok usia <18 tahun tahun 2021 tidak mencapai target disebabkan oleh beberapa faktor penghambat antara lain:

1. Selama masa pandemi COVID-19 keterbatasan anggaran dalam pelaksanaan kegiatan program KTR baik berupa sosialisasi maupun monitoring dan evaluasi implementasi KTR karena adanya efisiensi untuk penanganan COVID dan percepatan vaksinasi.
2. Jumlah tenaga kesehatan yang ada tidak sebanding dengan jumlah layanan yang ada puskesmas karena semua dikerahkan untuk percepatan vaksinasi. Selain itu, jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas yang mendapatkan pelatihan layanan UBM masih sangat sedikit. Terjadi banyak pergantian petugas karena adanya rotasi ke tempat lain, dan selama situasi pandemi COVID-19, banyak tenaga kesehatan puskesmas yang mendapatkan tugas ganda untuk percepatan vaksinasi COVID-19 sehingga penginputan data ke dalam SI PTM juga terdampak.
3. Akses masyarakat masih sangat terbatas dengan diberlakukannya PPKM, baik akses kepada layanan kesehatan maupun akses kegiatan sosial.
4. Capaian layanan UBM juga rendah karena input data layanan UBM oleh puskesmas menjadi tidak konsisten

Keberhasilan pencapaian indikator dapat ditempuh dengan cara melakukan evaluasi kegiatan program secara tepat sasaran dan efektif melalui pertemuan nasional dan pertemuan Binwil dengan menyampaikan umpan balik kepada dinas kesehatan provinsi dan kab/kota. Penyampaian data riil capaian yang ada dalam Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular (SIPTM) menjadi penting agar provinsi dan kab/kota dapat langsung menindaklanjuti dengan unit terkait yaitu puskesmas. Membangun komunikasi dua arah dengan melibatkan puskesmas akan mempercepat proses pencapaian indikator program.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Upaya dan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai indikator Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan perokok usia <18 tahun antara lain:

- 1) Meningkatkan kegiatan sosialisasi dan kampanye bahaya rokok melalui seminar online atau webinar baik untuk masyarakat umum maupun

akademisi selama masa pandemi COVID-19 yang masih diberlakukan PPKM.

- 2) Membuat berbagai media edukasi tentang bahaya rokok yang dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat di media sosial atau media elektronik lainnya.
- 3) Melakukan advokasi kepada kepala daerah yang sama sekali belum memiliki peraturan/kebijakan tentang kawasan tanpa rokok, agar dapat melakukan percepatan dalam penyusunan rancangan Perkada/Perda KTR.
- 4) Melakukan advokasi kembali kepada kepala daerah yang sudah memiliki Perkada (Perbup/Perwali) agar dapat melakukan percepatan dalam penyusunan rancangan Perda KTR dengan tetap memberlakukan pengawasan (monitoring dan evaluasi) dalam penerapan peraturan yang sudah ada.
- 5) Bagi daerah yang masih mengalami kegagalan dalam merumuskan rancangan Perda/pengajuan rancangan Perda KTR yang selalu di tolak maka perlu segera dilakukan pendampingan secara intensif dari Lintas Kementerian/Lembaga, Pemerhati pengendalian konsumsi tembakau.
- 6) Memperbanyak jumlah puskesmas yang dapat menyelenggarakan layanan konseling UBM.
- 7) Melakukan percepatan dengan meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang mampu melakukan layanan konseling UBM bagi puskesmas menggunakan dana dekonsentrasi.
- 8) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan layanan UBM di Puskesmas secara berkesinambungan.
- 9) Meningkatkan data capaian layanan UBM dengan meningkatkan jumlah puskesmas yang melakukan input data secara berkala dengan merefreshing kemampuan petugas.
- 10) Layanan Quitline

Secara nasional ada layanan Quitline.INA yang tidak berbayar/gratis/bebas pulsa bagi para perokok yang mempunyai keinginan untuk berhenti merokok. Layanan Quitline.INA dengan nomor bebas pulsa 0800-177-6565 merupakan Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) melalui telepon secara gratis yang dikelola oleh Direktorat P2PTM. Layanan Quitline.INA memberikan informasi tentang cara berhenti merokok, motivasi dan pendampingan selama proses berhenti merokok yang disesuaikan dengan kondisi klien yang terjamin kerahasiaannya. Dilakukan monitoring dan evaluasi secara periodik/berkala bagi klien yang berupaya untuk berhenti merokok. Layanan Quitline.INA telah berhasil memberikan layanan sangat memuaskan kepada masyarakat sebagai pengguna layanan berhenti merokok. Upaya mempertahankan dan meningkatkan kualitas layanan harus tetap dilakukan mengingat harapan masyarakat akan semakin meningkat terhadap Quitline.INA. Dibutuhkan konsistensi dari pemberi layanan untuk mempertahankan nilai yang telah diperoleh. Hasil survei terhadap layanan Quitline diperoleh informasi bahwa apabila layanan Quitline.INA berubah menjadi berbayar maka klien tidak akan melanjutkan rencana berhenti merokok melalui telepon berbayar, mengingat 71,6% pengguna layanan

Quitline.INA menolak dan akan menurunkan tingkat kepuasan atas layanan yang telah baik dengan nilai sangat memuaskan. Meningkatkan jumlah masyarakat dengan kesadaran sendiri ingin mendapatkan layanan berhenti merokok melalui ragam intervensi seperti sosialisasi dan promosi layanan Quitline.INA, dengan menggunakan internet khususnya berbasis media sosial seperti platform Instagram, Youtube, Whatsapp dan juga media luar ruangan. Peningkatan ini penting dilakukan mengingat tingginya efektifitas pendampingan berhenti merokok yang diberikan Quitline.INA, dampaknya secara kesehatan, ekonomi, dan social bagi pengguna layanan yang berhasil berhenti merokok serta upaya pencegahan penyakit penyakit yang diakibatkan paparan rokok yang merugikan masyarakat dan membebani anggaran Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan saran dari responden, masukan tertinggi adalah: pelayanan sudah bagus agar dapat dipertahankan, meningkatkan sosialisasi dan informasi layanan, durasi konsultasi yang lebih lama, layanan tetap gratis, frekuensi lebih banyak dan inovasi.

- 11) Penyusunan petunjuk teknis layanan UBM di FKTP, Penyusunan petunjuk teknis implementasi KTR, Penyusunan buku saku UBM, Penyusunan modul e-learning UBM, Advokasi dan monev UBM dan implementasi KTR.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

- 1) Pandemi COVID-19 mempengaruhi capaian program dengan adanya pembatasan sosial dan tetap dirumah sehingga kunjungan masyarakat ke FKTP juga menurun. Sebagian FKTP yang sudah terlatih layanan UBM belum menyelenggarakan layanan karena kendala pandemi COVID-19 sehingga tidak ada klien yang datang untuk konseling berhenti merokok;
- 2) Belum semua Kementerian dan Lembaga yang memiliki komitmen untuk mengendalikan konsumsi produk tembakau;
- 3) Kegiatan advokasi dan sosialisasi di daerah dalam pengendalian konsumsi tembakau pada Kab/Kota belum optimal;
- 4) Belum optimalnya koordinasi antara Lintas Program dan Lintas Sektor di tingkat Kab/Kota dalam upaya pengendalian konsumsi rokok;
- 5) Daerah yang memiliki kebijakan KTR di daerah masih terbatas jumlahnya, dan penerapan kebijakan di daerah yang telah memiliki kebijakan KTR belum optimal;
- 6) Sistem pencatatan pelaporan melalui SIPTM belum optimal karena masih banyak Kab/Kota yang tidak menginput SIPTM meskipun FKTP diwilayahnya sudah menyelenggarakan UBM;
- 7) Penganggaran daerah yang belum optimal dalam memfasilitasi kegiatan-kegiatan terkait pengendalian konsumsi rokok;
- 8) Masih banyak pimpinan daerah yang mengandalkan CSR Perusahaan Rokok untuk menopang keuangan daerah yang menyebabkan adanya benturan kepentingan.

h. Pemecahan Masalah

- 1) Memberikan umpan balik kepada daerah berdasarkan data SIPTM untuk percepatan pencapaian indikator terutama bagi daerah yang pencapaiannya masih sangat rendah, agar daerah dapat segera melakukan input data dan upload data ke dalam SIPTM.
- 2) Melakukan percepatan pelatihan layanan konseling UBM bagi tenaga kesehatan di tingkat puskesmas menggunakan dana dekon. Melakukan refreshing pengetahuan tentang konseling UBM bagi petugas puskesmas melalui seminar online atau webinar.
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi pencapaian indikator program secara berkala, bila perlu diadakan rekonsiliasi data antara pusat dengan provinsi, kab/kota dan puskesmas setiap 3 bulan sekali sehingga tidak terjadi gap data yang terlalu besar.
- 4) Pendampingan bagi daerah untuk penyusunan rancangan Perda KTR dalam rangka implementasi kawasan tanpa rokok di 7 tatanan dengan melibatkan seluruh Organisasi Perangkat Daerah.
- 5) Perlu adanya penyegaran bagi petugas dalam penggunaan SIPTM berbasis web dan pemanfaatan datanya agar dapat menambah pengetahuan dan ketrampilan dalam penggunaan SIPTM.
- 6) Untuk memaksimalkan Penerapan Kebijakan KTR di daerah dengan upaya sebagai berikut:
 - a. Optimalisasi dukungan stakeholder dan mitra kesehatan dalam rangka mencapai Implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) termasuk melaksanakan kebijakan KTR.
 - b. Mendorong penegakan hukum (*law enforcement*) secara konsisten sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.
 - c. Mengoptimalkan upaya advokasi dan sosialisasi melalui dukungan Audiensi dari Tim Aliansi Bupati/Walikota peduli Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan PTM kepada Bupati dan Walikota di Indonesia.
 - d. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia dalam penegakan Kebijakan KTR yang telah ditetapkan.
 - e. Membangun komitmen masyarakat untuk menerapkan KTR di rumah tangga, RT/RW, Kelurahan/desa, dan Kecamatan melalui pemician/ FGD partisipatori.

7. Jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM sebanyak 129 Kab/Kota

a. Penjelasan Indikator

Indikator jumlah Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular, meningkatkan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular. Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM adalah Kabupaten yang menyelenggarakan deteksi dini faktor risiko PTM,

melakukan pelayanan PANDU, melakukan deteksi dini indra, melakukan deteksi dini kanker, menerapkan KTR dan menyelenggarakan UBM.

b. Definisi Operasional

Jumlah Kabupaten/kota yang melakukan program pencegahan dan pengendalian PTM sesuai standar yaitu Kab/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM meliputi pemeriksaan TD, GDs, IMT dan lingkaran perut dan atau jumlah kabupaten/kota yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan atau jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) dan atau jumlah kabupaten/kota yang melakukan pelayanan terpadu (Panduan) PTM di puskesmas dan atau Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini gangguan indera dan atau jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini penyakit kanker.

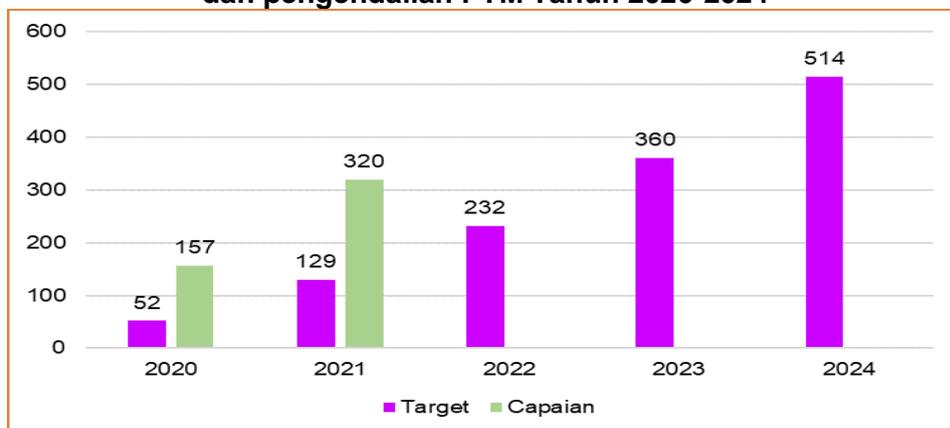
c. Rumus/Cara perhitungan

Akumulasi jumlah Kabupaten/kota yang melakukan program pencegahan dan pengendalian PTM sesuai standar yaitu kegiatan berupa deteksi dini tekanan darah (TD), Gula darah sewaktu (GDs), Indeks massa tubuh (IMT) dan lingkaran perut dan atau jumlah kabupaten/kota yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan atau jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) dan atau jumlah kabupaten/kota yang melakukan pelayanan terpadu (Panduan) PTM di puskesmas dan atau Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini gangguan indera dan atau jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini penyakit kanker.

d. Capaian Indikator

Indikator jumlah Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM tahun 2021 telah tercapai 320 Kab/Kota dari target 129 Kab/Kota dengan pencapaian kinerja sebesar 248%. Bila dibandingkan dengan tahun 2020, terdapat peningkatan capaian sebesar 103,8% dari 157 Kab/Kota pada tahun 2020 menjadi 320 Kab/Kota pada tahun 2021, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.18
Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM Tahun 2020-2024

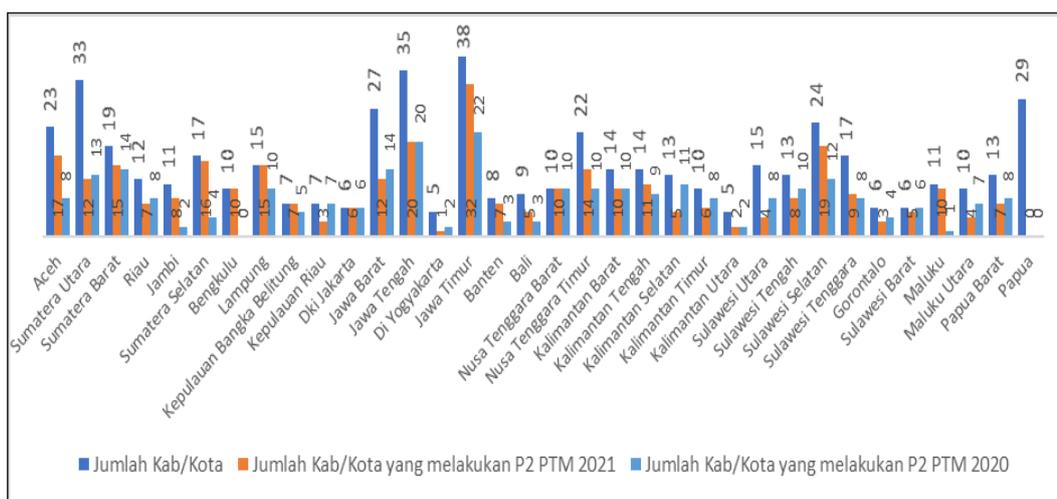


Sumber data : Laporan Direktorat PTM, 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa dengan tren pencapaian melebihi target pada tahun 2021 dan 2021, maka indikator ini akan berjalan on track dan mencapai target pada tahun 2022-2024.

Provinsi yang seluruh (100%) kabupaten/kotanya telah melakukan pencegahan dan pengendalian PTM sebanyak 5 Provinsi yakni Provinsi Bengkulu, Provinsi Lampung, Provinsi DKI Jakarta, Provinsi Kepulauan Bangka Belitung dan Provinsi Nusa Tenggara Barat. Provinsi yang kabupaten/kota nya belum melakukan upaya pencegahan dan pengendalian PTM yaitu Provinsi Papua. Secara lengkap dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.19
Jumlah Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM Tahun 2021



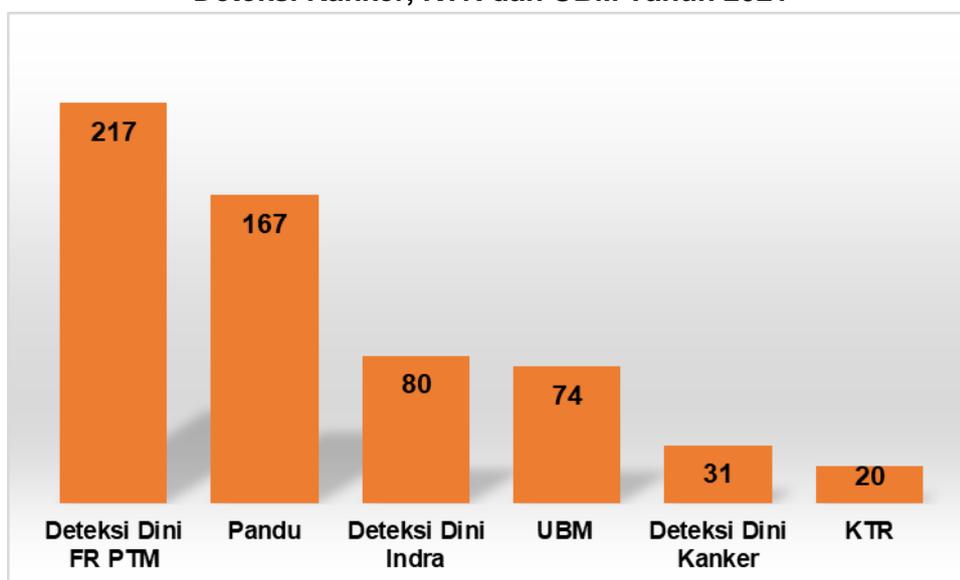
Sumber data : Laporan Direktorat PTM, 2021

Dari grafik diatas terlihat bahwa ada beberapa provinsi yang mengalami penurunan jumlah Kab/Kota yang melakukan upaya pencegahan dan pengendalian PTM sesuai standar yaitu Provinsi Riau yang sebelumnya 8 Kab/Kota pada tahun 2020 namun pada tahun 2021 menjadi 7 Kab/Kota, Provinsi Kepulauan Riau yang sebelumnya 7 menjadi 3 Kab/Kota, Provinsi Jawa Barat yang sebelumnya 14 menjadi 12 Kab/Kota, Provinsi DIY yang sebelumnya 2 Kab/Kota menjadi 1 Kab/Kota, Provinsi Kalimantan Selatan dari 11 Kab/Kota menjadi 5 Kab/Kota, Provinsi Kalimantan Timur sebelumnya 8 Kab/Kota menjadi 6 Kab/Kota, Provinsi Sulawesi Utara yang sebelumnya 8 menjadi 4 Kab/Kota, Provinsi Sulawesi Tengah yang sebelumnya 10 menjadi 8 Kab/Kota, Provinsi Gorontalo yang sebelumnya 4 menjadi 3 Kab/Kota, Provinsi Sulawesi Barat yang sebelumnya 6 menjadi 5 Kab/Kota, Provinsi Maluku Utara yang sebelumnya 7 menjadi 4 Kab/Kota dan Provinsi Papua Barat yang sebelumnya 8 menjadi 7 Kab/Kota. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi penanganan pandemi covid-19 yang tengah difokuskan pada vaksinasi sehingga daerah kurang terfokus pada pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular. Selain itu, penetapan level PPKM setiap daerah sangat berpengaruh pada aktivitas masyarakat

termasuk pelaksanaan deteksi dini atau pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat.

Upaya pencegahan dan pengendalian PTM di Kab/Kota dilihat dari Kab/Kota yang melakukan minimal salah satu kegiatan deteksi dini faktor risiko PTM, melakukan pelayanan PANDU, melakukan deteksi dini indra, melakukan deteksi dini kanker, menerapkan KTR dan menyelenggarakan UBM. Hasil kegiatan tahun 2021 menunjukkan bahwa sebanyak 167 Kab/Kota melakukan Pandu, 80 Kab/Kota melakukan deteksi dini indra 217 Kab/Kota melakukan deteksi dini faktor risiko PTM, 31 Kab/Kota melakukan deteksi dini kanker, 20 Kab/Kota mempunyai Perda KTR dan 74 Kab/Kota menyelenggarakan UBM. Secara lengkap pada grafik berikut ini:

Grafik 3.20
Capaian Kab/Kota melakukan Pandu, Deteksi Dini Indra, FR PTM, Deteksi Kanker, KTR dan UBM Tahun 2021



Sumber data : Laporan Direktorat PTM, 2021

Berdasarkan grafik di atas terlihat bahwa, dari 514 Kab/Kota di Indonesia, Kab/Kota melakukan upaya pencegahan dan pengendalian PTM terbanyak melalui deteksi dini faktor risiko PTM yaitu sebanyak 217 kab/kota (42,2%) dan yang terendah melalui penerapan KTR yaitu sebanyak 20 kab/kota (3,9%).

Bila dibandingkan dengan Indikator Kinerja Strategis dalam Renstra Kementerian Kesehatan yakni meningkatnya Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM, penyakit menular termasuk NTD, maka indikator ini telah berkontribusi sebanyak 320 Kab/Kota yang telah melakukan pencegahan dan pengendalian PTM sesuai standar.

e. Analisa Penyebab Keberhasilan Pencapaian

Keberhasilan pencapaian indikator melebihi target didorong oleh beberapa faktor pendukung yakni:

- 1) Penyediaan alat Posbindu KIT dan Bahan Habis Pakai (BHP) melalui pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik
- 2) Melakukan workshop terhadap pencatatan dan pelaporan melalui Sistem Informasi PTM berbasis web secara daring
- 3) Pengadaan Posbindu Kit dan BMHP Gula darah untuk stimulan pengembangan kegiatan pelaksanaan posbindu PTM melalui DAK Fisik
- 4) Deteksi dini faktor risiko PTM juga merupakan bagian dari SPM bidang kesehatan yang menjadi tanggungjawab kepala daerah

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

- 1) Penguatan surveilans faktor risiko PTM melalui Sistem Informasi berbasis web yang merupakan sistem pelaporan Penyakit Tidak Menular.
- 2) Pemanfaatan dana dekonsentrasi dalam penyelenggaraan Posbindu PTM yang bertujuan untuk melakukan deteksi dini faktor risiko PTM.
- 3) Penyediaan alat Posbindu KIT dan Bahan Habis Pakai (BHP) melalui pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik.
- 4) Advokasi kepada Pemerintah Daerah dalam penggunaan APBD, Anggaran Dana Desa, dan sumber dana lainnya sesuai dengan peraturan yang berlaku dalam rangka pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular dengan menggiatkan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular melalui Posbindu PTM dan Gerakan Tekan Angka Obesitas
- 5) Advokasi kepada Pemerintah Daerah untuk pencapaian target indikator SPM.
- 6) Advokasi kepada pemerintah daerah terkait KTR dan UBM.
- 7) Integrasi kegiatan Posbindu PTM melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, Posyandu Lansia, Kampus Sehat dan lainnya.
- 8) Penguatan NSPK Posbindu, faktor risiko PTM, Pandu PTM, Gangguan Indra/Pendengaran dan kanker.
- 9) Pembuatan Media Informasi baik cetak maupun elektronik tentang PTM.
- 10) Inovasi dengan pemanfaatan teknologi dan informasi serta deteksi dini secara mandiri.
- 11) Penguatan jejaring kemitraan menunjang keberhasilan pelaksanaan kegiatan pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah secara terintegrasi, komprehensif, terorganisir, terkoordinasi dengan baik untuk mencapai hubungan kerjasama yang produktif dan kemitraan yang harmonis. Peran serta aktif berbagai pihak lintas program, sektor, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, institusi pendidikan, swasta, dunia usaha dan mitra potensial lainnya bersama-sama berupaya menekan kecenderungan peningkatan PTM dengan menurunkan angka mortalitas dan morbiditas melalui program Pandu PTM.
- 12) Penguatan pemanfaatan algoritma Pandu PTM dengan terus berkoordinasi dan berkolaborasi dengan pemangku kebijakan di daerah dalam mendorong percepatan kualitas pelayanan terpadu PTM di Puskesmas.
- 13) Pendampingan Implementasi pandu PTM di FKTP melalui asisten Pandu PTM di Puskesmas.

- 14) Pertemuan, media briefing dan webinar dalam Rangka Hari Penglihatan Sedunia dan Hari Pendengaran Sedunia, Peringatan Hari Kanker Sedunia.
- 15) Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan penanggungjawab PTM di daerah.
- 16) Pengadaan IVA KIT sebanyak 5.500 kit yang di sebar di 33 Provinsi kecuali DKI Jakarta dan di 483 Kabupaten/Kota. Distribusi alat dilakukan 2 tahap dan sudah terdistribusi di lokus Kabupaten/Kota

g. Kendala/masalah yang dihadapi

- 1) Situasi pandemi COVID-19 yang sedang dihadapi saat ini juga akan sangat mempengaruhi capaian cakupan Kab/kota. Kab/Kota saat pandemi lebih berfokus pada pengendalian COVID-19 dan adanya refocusing anggaran untuk penanganan COVID-19
- 2) Cakupan deteksi dini faktor risiko PTM harus dilakukan pada setiap populasi berusia ≥ 15 tahun di setiap wilayah minimal 1 kali dalam 1 tahun berjalan, sehingga cakupan deteksi dini Kab/Kota setiap tahun sangat bergantung pada performance/kinerja dari Kab/Kota tersebut pada tahun berjalan.
- 3) Masih perlunya advokasi dan sosialisai yang bersifat masif dan terintegrasi dalam mendukung kegiatan Posbindu PTM ditengah pandemi COVID-19.
- 4) Belum optimalnya sosialisasi dan advokasi program pengendalian PTM kepada Pemerintah Daerah.
- 5) Masih rendahnya komitmen pemangku kebijakan di daerah terhadap program pengendalian PTM.
- 6) Masih sulitnya akses internet di beberapa daerah.

h. Pemecahan Masalah

- 1) Untuk menghadapi masalah COVID-19 maka dibuat panduan adaptasi kebiasaan baru yang merupakan panduan untuk seluruh masyarakat termasuk pemegang program. Dengan adanya panduan ini maka diharapkan program deteksi dini faktor risiko PTM melalui kegiatan posbindu dapat tetap dilaksanakan di masyarakat.
- 2) Terus melakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang adaptasi kebiasaan baru sehingga masyarakat dapat melakukan kegiatan posbindu dengan menerapkan protokol kesehatan seperti mencuci tangan, memakai masker dan menjaga jarak saat berada di kegiatan posbindu.
- 3) Melakukan advokasi dan sosialisai yang bersifat masif dan terintegrasi dalam mendukung kegiatan Posbindu PTM ditengah pandemic Covid-19
- 4) Peningkatan kapasitas petugas dan kader dalam pelaksanaan Posbindu PTM melalui pelatihan berjenjang dan pembekalan baik melalui dana dekonsentrasi, APBD, dana DAK Non Fisik maupun dana lain sesuai dengan peraturan yang berlaku
- 5) Melakukan sosialisasi dan advokasi pengendalian faktor risiko PTM, melalui penguatan Posbindu di daerah.
- 6) Penguatan sistem informasi faktor risiko berbasis web.
- 7) Mengintegrasikan kegiatan Posbindu PTM dengan kegiatan Program Indonesia Sehat melalui pendekatan Keluarga Sehat (PIS – PK), Posyandu

- Lansia, SPM, Germas, Rmah Sehat, Kampus Sehat dan institusi lainnya (OPD, swasta, sekolah, dll)
- 8) Mendorong Pemerintah Daerah untuk mengalokasikan anggaran sarana dan prasarana (Posbindu Kit dan Bahan Habis Pakai) sesuai dengan kebutuhan dan jumlah sasaran diwilayah nya.
 - 9) Melakukan bimbingan teknis dan monev secara berkala.
 - 10) Meningkatkan kerjasama dengan lintas program dan lintas sektor terkait dalam rangka perluasan cakupan Posbindu dan skrining faktor risiko PTM.

8. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza sebesar 380 Kabupaten/Kota

a. Penjelasan indikator

Deteksi adalah langkah awal yang penting yang akan membawa orang yang sakit mendapatkan pertolongan medis. Semakin cepat suatu penyakit, dalam hal ini gangguan/penyakit jiwa, terdeteksi akan semakin cepat proses diagnosis didapatnya dan semakin cepat pula pengobatan dapat dilakukan sehingga diharapkan akan memotong perjalanan penyakit dan mencegah hendaya dan disabilitas. Idealnya proses deteksi (dini) dapat dilakukan oleh setiap orang, artinya masyarakat paham akan tanda-tanda awal gangguan jiwa, atau lebih luas lagi masalah kesehatan jiwa, sehingga manakala masyarakat mendapati gejala-gejala awal tersebut mereka akan memeriksakan diri ke dokter. Proses deteksi dapat juga dilakukan oleh para kader kesehatan (jiwa) dan petugas kesehatan. Dokter, memegang peranan penting dalam deteksi dini, posisi mereka strategis, karena dengan mengenali adanya tanda dan gejala gangguan jiwa pada pasien yang datang kepadanya akan membuat mereka menangkap kemungkinan adanya gangguan jiwa dan melakukan pemeriksaan psikiatrik untuk menetapkan adakah gangguan jiwa yang dapat terdiagnosis.

b. Definisi Operasional

Kabupaten/ Kota yang 25% puskesmasnya melakukan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahguna NAPZA terhadap seluruh kelompok usia dengan menggunakan instrumen SDQ (untuk anak usia 4-18 tahun) dan/ atau SRQ 20 (usia diatas 18 tahun), dan ASSIST yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan/ atau guru terlatih sesuai alur deteksi dini

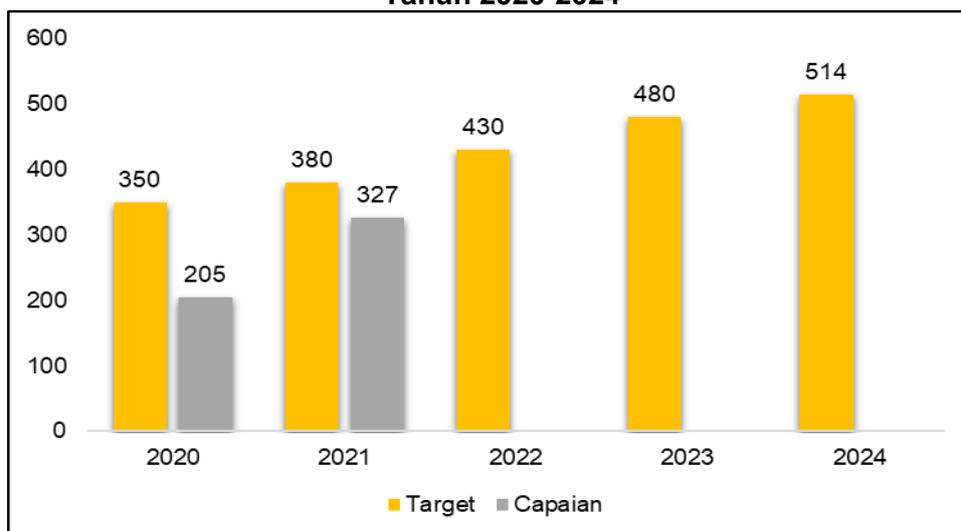
c. Cara perhitungan

Jumlah kumulatif kabupaten/kota yang memiliki 25% puskesmas yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahguna NAPZA. Target per provinsi ditetapkan melalui penghitungan secara proporsi, yaitu jumlah kabupaten/kota sesuai target indikator pada tahun tersebut dibagi jumlah kabupaten/ kota seluruh Indonesia dikalikan jumlah kabupaten/ kota yang ada di provinsi tersebut, misalnya Provinsi Jawa Timur target tahun 2020 adalah $330/514 \times 39 = 25$ kab/ kota. Capaian tahunan dihitung pada akhir tahun berjalan.

d. Capaian indikator

Capaian indikator jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza sebanyak 327 kab kota dari target 380 kab /kota atau mencapai 86,05%. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2020 maka terdapat peningkatan capaian sebesar 59,5% yakni dari 205 Kab/Kota menjadi 380 Kab/Kota. Secara lengkap terlihat dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.21
Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan napza Tahun 2020-2024

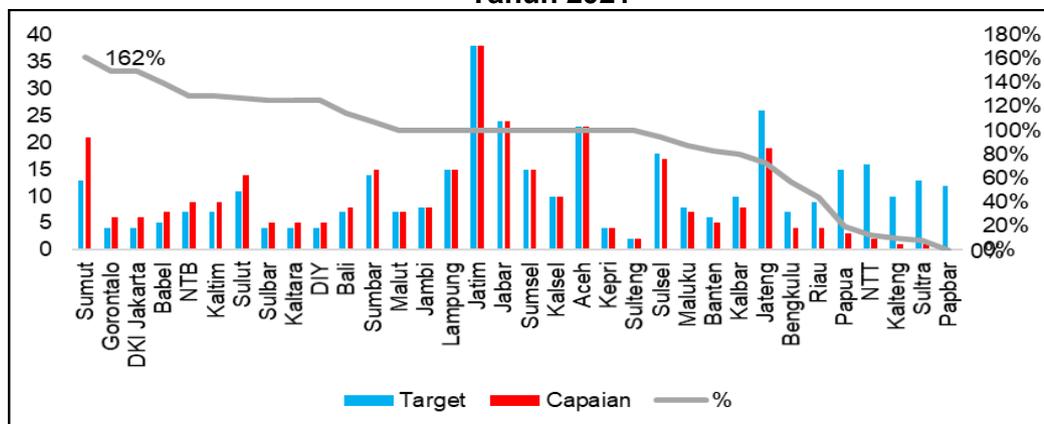


Sumber data : Laporan Substansi Dewasa Lansia, Tahun 2021

Capaian tahun 2020-2021 akan mempengaruhi capaian tahun berikutnya karena target yang tidak berjalan pada tahun tersebut akan menjadi tambahan target untuk tahun 2022-2024. Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa selama 2 tahun target tidak tercapai sehingga diperkirakan capaian 2022-2024 tidak berjalan on track sehingga memerlukan upaya keras kuat untuk percepatan pencapaian target.

Sebanyak 12 Provinsi dengan capaian >100%, 10 Provinsi mencapai target 100%, 11 Provinsi tidak mencapai target 100% dan 1 Provinsi belum mempunyai Kab/Kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan napza. Persentase capaian terbanyak di Provinsi Sumatera Utara yakni dari target 13 Kab/Kota telah tercapai 21 Kab/Kota (162%), meskipun demikian Provinsi yang memiliki jumlah terbanyak Kab/Kota yang telah melaksanakan deteksi dini adalah Provinsi Jawa Timur yakni 38 Kab/Kota. Secara lengkap digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.22
Jumlah Kab/Kota yang melaksanakan
deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan napza
Tahun 2021



Sumber data : Laporan Substansi Dewasa Lansia, Tahun 2021

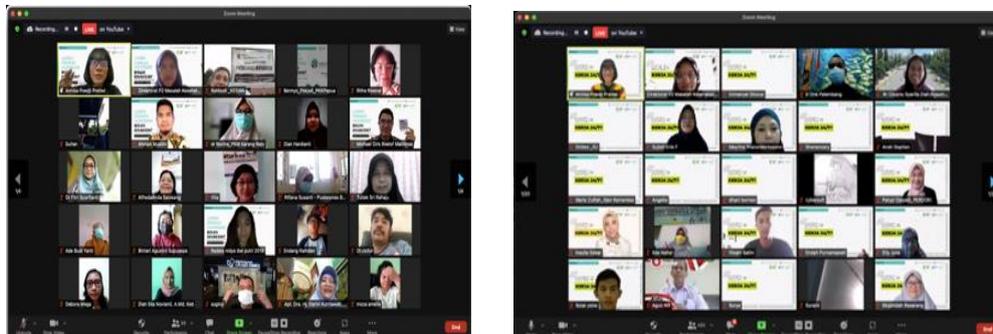
e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Indikator capaian indikator Jumlah Kabupaten/Kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza hanya tercapai 327 kab/kota, dipengaruhi oleh adanya pandemi COVID-19 berdampak pada fokus perhatian untuk penanggulangan COVID-19, vaksinasi dan adanya pembatasan kegiatan, sehingga kegiatan yang sudah direncanakan pada awal tahun tidak dapat dilaksanakan. Selain itu sampai periode pelaporan belum semua daerah menyampaikan laporan capaian indikator.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

- Melakukan pembentukan Forum Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial (DKJPS) di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Bali, Sumatera Barat dan Sulawesi Barat. Pandemi COVID 19 berdampak pada kesehatan fisik, kesehatan jiwa dan psikososial seluruh lapisan masyarakat dan berpotensi menurunkan tingkat kesejahteraan penduduk. Diperlukan upaya terintegrasi, holistik dan komprehensif melalui upaya promosi, pencegahan, penatalaksanaan dan rehabilitasi melalui DKJPS. Diperlukan penguatan koordinasi dan pengembangan rencana kerja lintas sektor/lembaga terkait serta organisasi profesi sehingga Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA menjadi prioritas dalam pembangunan dan meningkatkan jangkauan layanan ke masyarakat. Perlunya dibentuk Forum Kerjasama lintas sektor, swasta, LSM, profesi, dan masyarakat terkait Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA di setiap jenjang administrasi.
- Melakukan kegiatan webinar kesehatan jiwa di masa pandemi dengan topik yang diangkat dalam Webinar yaitu pada Tenaga Kesehatan, Menumbuhkan Resiliensi di Masa Pandemi, WFH di Masa Pandemi, dan Merawat Lansia dengan Alzheimer di masa pandemi. Peserta merupakan kelompok tenaga kesehatan, kelompok lansia, caregiver, dan masyarakat umum usia produktif. Kegiatan ini dilakukan agar terinformasinya isu kesehatan jiwa terkait pandemi

Covid-19 dan bagaimana mengelola orang tanpa masalah kesehatan jiwa tidak jatuh menjadi berisiko mengalami gangguan jiwa. Orang dengan risiko masalah kesehatan jiwa tidak jatuh menjadi gangguan jiwa dan orang dengan gangguan jiwa tidak mengalami perburukan.



Gambar 3.12
Webinar Kesehatan Jiwa Tahun 2021

3. Membuat RPP Keswa sebagai turunan dari UU kesehatan jiwa dan payung hukum dalam pelaksanaan program dan kegiatan di bidang kesehatan jiwa.
4. Pengembangan sistem aplikasi kesehatan jiwa yang meliputi persiapan proses pengembangan aplikasi InaMHIS yang meliputi membuat bisnis analis flow system, menentukan user dan level admin yang terlibat, mengumpulkan format laporan yang akan diinput, menerima masukan lintas departemen, menentukan filtering dan report yang dibutuhkan, Aplikasi InaMHIS walaupun terpisah dengan system informasi puskesmas yang saat ini digunakan tetap akan dibuatkan system export-import untuk mempermudah user puskesmas saat pertama kali memasukkan data pasien dengan tampilan dashboard system yang sederhana dan tidak membingungkan user. Report penyakit bisa segera diketahui di level kabupaten/kota, Provinsi dan Kementrian dengan cepat karena semua data input sudah ada di system, testing dan perbaikan aplikasi setelah proses work shop, serah terima aplikasi yang telah melewati proses testing dan perbaikan serta pendampingan secara teknis pada masa garasi pemakaian yang meliputi bugs dan error program sampai pembuatan laporan progress selama masa pengerjaan dan laporan akhir setelah pekerjaan selesai.
5. Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan di Manggarai Barat, Manggarai, Manggarai Timur dan Ende. Kegiatan ini di laksanakan karena tingginya masalah kesehatan jiwa di wilayah Kabupaten Manggarai Timur dan minimnya ketersediaan tenaga yang berkompten dalam pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat.
6. Sosialisasi Germas P2 Keswa Dewasa Lansia di Provinsi Sulawesi Selatan, Jambi dan Pontianak, yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai upaya Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa.

7. Melakukan sosialisasi protokol kesehatan dalam Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza kepada masyarakat dan petugas puskesmas dan Napza.
8. Melakukan advokasi kepada pemerintah daerah tentang protokol kesehatan masyarakat terkait dengan kesehatan Jiwa pada pandemi COVID-19.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

- 1) Adanya pandemi COVID-19 menyebabkan terhambatnya pelaksanaan kegiatan dan refocusing anggaran pada satker pusat maupun dekonsentrasi sehingga capaian kegiatan tidak tercapai.
- 2) Belum semua daerah menyampaikan laporan terkait capaian indikator.
- 3) Kordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi belum optimal.
- 4) Belum maksimalnya komitmen pengambil kebijakan di daerah terhadap program kesehatan jiwa.
- 5) Sistem pelaporan Siskewa yang belum maksimal digunakan di daerah.

h. Pemecahan Masalah

- 1) Meningkatkan upaya advokasi, sosialisasi dan koordinasi bidang keswa pada daerah.
- 2) Mengalokasikan dana kesehatan jiwa melalui anggaran dekonsentrasi dan Dana Alokasi Khusus bidang keswa.
- 3) Meningkatkan kapasitas SDM bidang keswa termasuk untuk pencatatan dan pelaporan melalui pelatihan dan bimtek bagi tenaga kesehatan.
- 4) Melakukan bimbingan teknis terkait program kegiatan indikator dan pelaporan bidang keswa dan napza.

9. Persentase Kabupaten/Kota yang mencapai 80% Imunisasi Dasar Lengkap anak usia 0-11 bulan sebesar 83,8%

a. Penjelasan indikator

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara perhitungan

Jumlah kabupaten/kota yang mencapai cakupan imunisasi dasar lengkap $\geq 80\%$ dibagi jumlah kabupaten/kota di seluruh Indonesia pada tahun yang sama dikali 100%.

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

Keterangan:

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

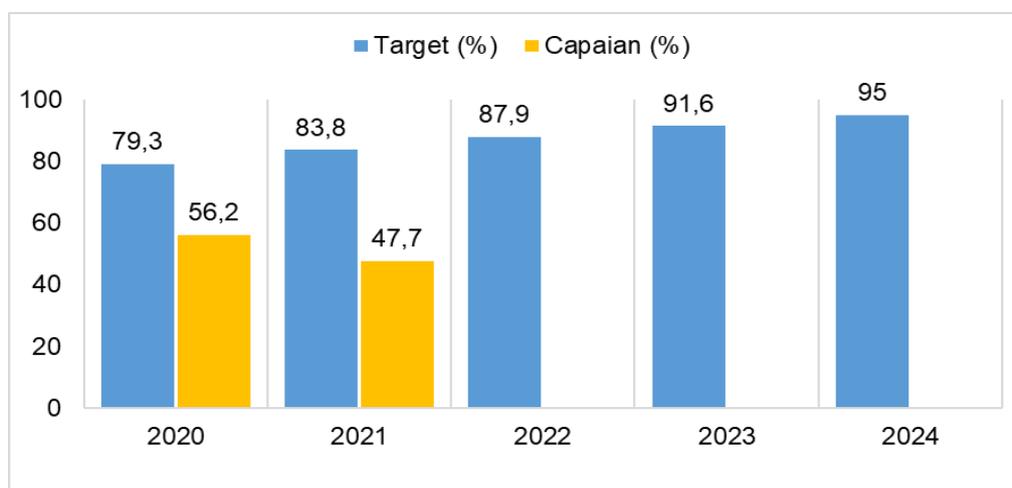
\sum K80% IDL : Jumlah kabupaten/kota yang mencapai cakupan imunisasi dasar lengkap $\geq 80\%$

\sum KK : Jumlah seluruh kabupaten/kota pada tahun yang sama

d. Capaian indikator

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

Grafik 3.23
Target dan Capaian
Persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL anak usia 0-11 bulan
Tahun 2020-2024

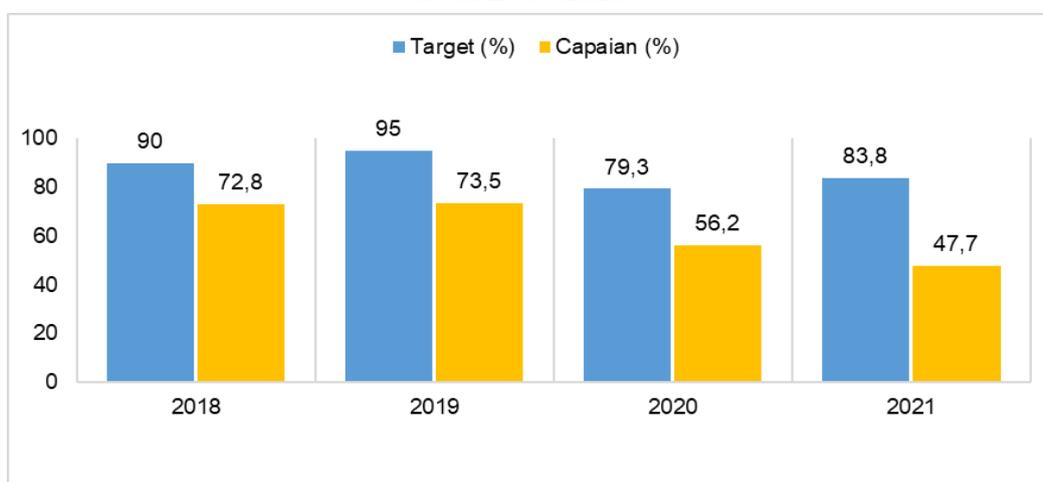


Sumber data : Laporan Subdit Imunisasi Tahun 2021

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

Bila dibandingkan capaian tahun 2018-2021 seperti digambarkan pada grafik dibawah ini, capaian indikator persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL terlihat bahwa terjadi penurunan capaian setiap tahunnya. Capaian pada tahun 2021 lebih rendah dibandingkan tahun 2018-2020. Pada tahun 2018 sebanyak 72,8% (374 kabupaten/kota) telah mencapai target untuk memenuhi minimal 80% sasaran bayi usia 0-11 bulan mendapatkan imunisasi dasar lengkap dari target 90%, sehingga capaian kinerja tahun 2018 sebesar 81%. Pada tahun 2019, sebanyak 73,5% (378 kabupaten/kota) telah mencapai target untuk memenuhi minimal 80% sasaran bayi usia 0-11 bulan mendapatkan imunisasi dasar lengkap dari target 95%, sehingga capaian kinerja tahun 2019 sebesar 77%. Dan pada tahun 2020 terdapat 56,2% (289 kabupaten/kota) telah mencapai target untuk memenuhi minimal 80% sasaran bayi usia 0-11 bulan mendapatkan imunisasi dasar lengkap dari target 79,3% (401 kabupaten/kota), sehingga capaian kinerja tahun 2020 hanya sebesar 70,9%. Secara lengkap dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.24
Target dan Capaian
Persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL anak usia 0-11 bulan
Tahun 2018-2021



Sumber data : Laporan Substansi Imunisasi Tahun 2021

Indikator ini juga merupakan indikator sasaran strategis dalam Renstra Kementerian Kesehatan sehingga tidak diperlukan perbandingan dengan Renstra.

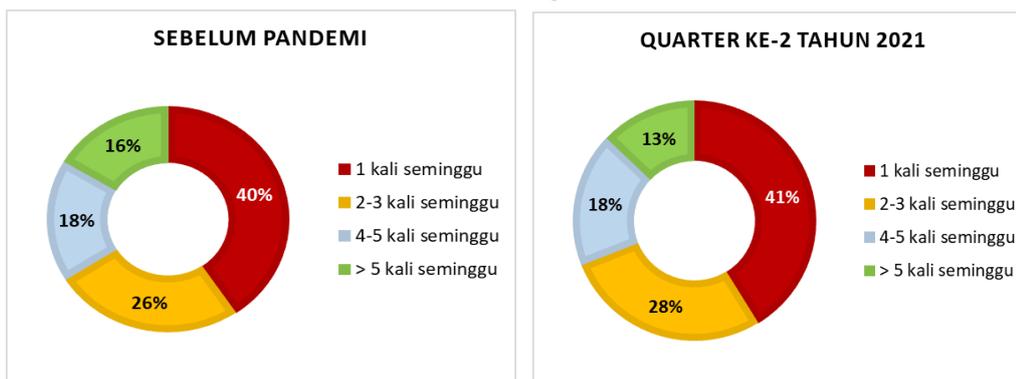
e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Indikator persentase kabupaten/kota dengan 80% bayi usia 0-11 bulan sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap tidak mencapai target yang ditentukan.

Data capaian yang digunakan untuk indikator tersebut belum final, yaitu data s.d 24 Januari 2022. Provinsi dan Kabupaten/Kota masih melakukan validasi dan verifikasi data cakupan imunisasi secara berjenjang sampai dengan tingkat pelayanan. Data capaian indikator yang disampaikan saat ini dapat *ter-update* kembali dan masih dalam proses penyempurnaan.

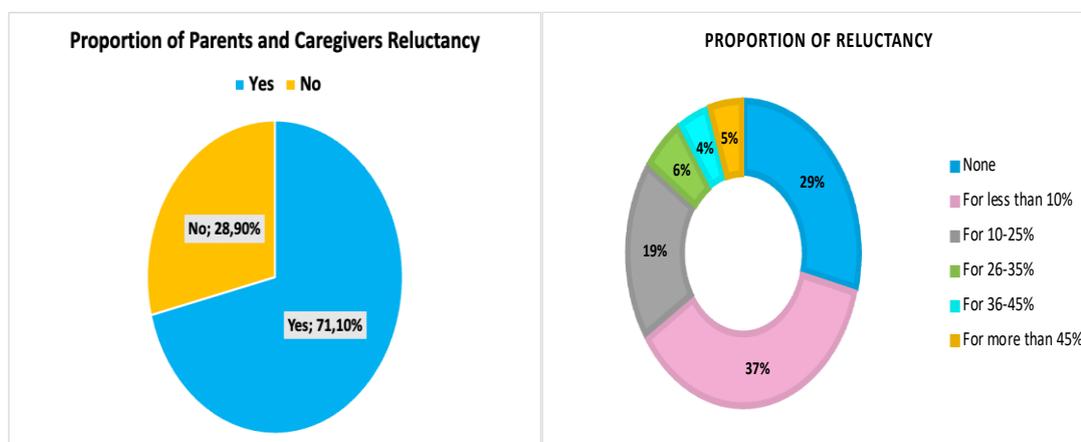
Indikator tidak dapat mencapai target yang ditentukan karena adanya pandemi COVID-19. Terjadinya pandemi COVID-19 menyebabkan penurunan jumlah pelayanan imunisasi rutin, baik karena adanya kebijakan dari pemerintah daerah setempat atau karena sebagian besar SDM kesehatan terfokus untuk pelaksanaan kegiatan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

Grafik 3.25
Perbandingan Jumlah Pelayanan Imunisasi Rutin di Puskesmas antara Sebelum Pandemi COVID-19 dengan Quarter ke-2 Tahun 2021



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

Grafik 3.26
Persentase Penolakan Orang Tua/Pengasuh
Membawa Anaknya untuk Diimunisasi



Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa pada kuartal ke-4 tahun 2021 masih ada 71,1% responden yang menyatakan adanya penolakan dari orang tua/ pengasuh untuk membawa anaknya ke pelayanan imunisasi. Besarnya penolakan dari orang tua/ pengasuh beragam, paling besar berkisar antara <10% dan 10-25%. Ada 37% responden yang menyatakan penolakan dari orang tua/ pengasuh <10% dan ada 19% responden yang menyatakan penolakan orang tua/ pengasuh antara 10-25%. Meskipun sebagian besar penolakan dari orang tua/ pengasuh tidak lebih dari 25% di setiap wilayah, tetapi jumlah ini sangat mempengaruhi capaian cakupan imunisasi. Selain itu, hal lain yang juga sangat berpengaruh terhadap tidak tercapainya indikator adalah terjadinya kekosongan beberapa jenis vaksin imunisasi rutin yaitu vaksin BCG, DPT-HB-Hib dan IPV, dimana vaksin tersebut merupakan bagian dari imunisasi dasar lengkap

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Beberapa upaya telah dilakukan untuk dapat mencapai indikator presentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan, antara lain:

- 1) Melakukan penyusunan Keputusan Menteri Kesehatan tentang petunjuk teknis pelayanan imunisasi pada masa pandemi COVID-19. Penyusunan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Imunisasi pada Masa Pandemi COVID-19 merupakan pengembangan dan tindak lanjut dari upaya penyusunan pedoman atau panduan pelaksanaan imunisasi pada masa pandemi COVID-19, dimana sebelumnya dibuat dalam bentuk buku petunjuk teknis saja.
- 2) Melakukan koordinasi secara intensif dengan Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, khususnya terkait dengan percepatan penyediaan vaksin. Pada awal sampai pertengahan tahun 2021, terjadi kekosongan vaksin untuk beberapa jenis antigen imunisasi di daerah. Hal ini berpengaruh terhadap capaian cakupan imunisasi karena tidak adanya stok

vaksin menyebabkan petugas tidak dapat memberikan layanan imunisasi kepada sasaran.

- 3) Melakukan pelatihan TOT (*training of trainers*) pengelola program imunisasi di wilayah kerjanya. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan kapasitas pengelola program imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi terkait dengan penyelenggaraan imunisasi rutin sehingga diharapkan pengelola program imunisasi di tingkat provinsi dapat berperan sebagai pelatih/ *trainers* dan memberikan pelatihan kepada pengelola program imunisasi di tingkat kabupaten/kota dan puskesmas. Pelatihan dilakukan dalam dua gelombang untuk 4 angkatan.

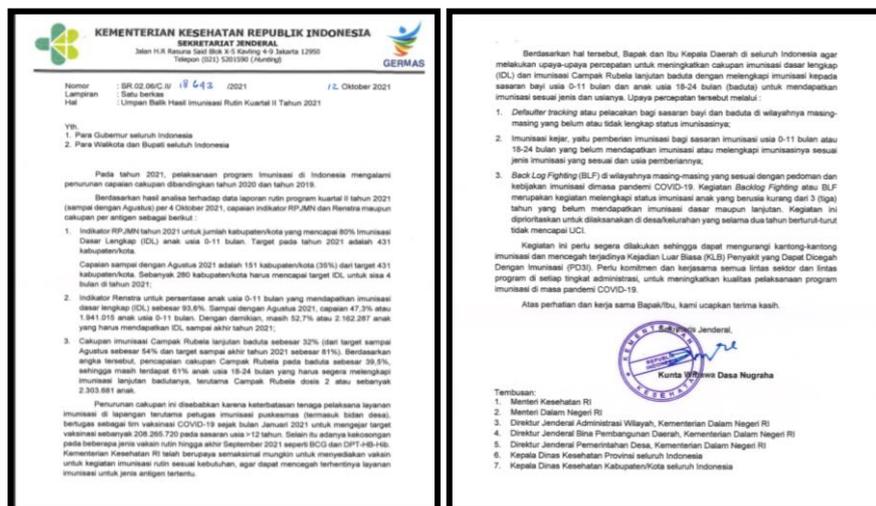


Gambar 3.13
Pelatihan TOT Pengelola Program Imunisasi

- 4) Melakukan penyusunan petunjuk teknis pelayanan imunisasi di fasilitas pelayanan kesehatan swasta. Petunjuk teknis ini diharapkan dapat dijadikan panduan oleh fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang memberikan layanan imunisasi sehingga pelayanan imunisasi yang dilakukan sesuai standar. Selain itu, hasil pelayanan imunisasi di fasilitas pelayanan kesehatan swasta juga dilaporkan ke puskesmas atau dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.
- 5) Melakukan workshop jejaring pemerintah dan swasta (*Public Private Mix*)
Penyelenggaraan program imunisasi tidak dapat hanya dilakukan oleh sektor pemerintah saja, tetapi juga memerlukan keterlibatan sektor swasta, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang memberikan pelayanan imunisasi. Selama pandemi COVID-19, kekhawatiran orang tua untuk membawa anaknya ke puskesmas untuk imunisasi menjadi salah satu isu penting yang menyebabkan turunnya cakupan pelayanan imunisasi. Perluasan akses pelayanan imunisasi dengan melibatkan fasilitas pelayanan kesehatan swasta menjadi penting untuk dapat meningkatkan cakupan imunisasi. Untuk mendukung hal tersebut, selain melakukan penyusunan petunjuk teknis pelayanan imunisasi di fasilitas pelayanan kesehatan swasta, juga dilakukan Workshop Jejaring Pemerintah dan Swasta (*Public Private Mix*) untuk Program Imunisasi di Indonesia. Workshop ini melibatkan Bappenas, lintas program di Kementerian Kesehatan, perwakilan institusi/organisasi

pemerintahan lainnya (BPJS Kesehatan, PT Biofarma, dan lainnya), perwakilan organisasi profesi, perwakilan pihak/ mitra swasta dan perwakilan mitra pembangunan internasional.

- 6) Melakukan sosialisasi dan edukasi kepada orang tua dan pengasuh melalui berbagai kegiatan webinar, SMS Blast imunisasi dan pembuatan iklan layanan masyarakat. Sosialisasi dan edukasi ini dilakukan untuk memberikan informasi yang benar mengenai pentingnya imunisasi sehingga orang tua/ pengasuh mau membawa anaknya untuk imunisasi. Kegiatan sosialisasi dan edukasi yang dilakukan antara lain melalui rangkaian webinar pada saat peringatan Pekan Imunisasi Dunia (PID), kampanye imunisasi melalui *facebook* dan webinar pada peringatan Hari Pneumonia Sedunia.
- 7) Melakukan supervisi dan monitoring pelaksanaan imunisasi ke Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas. Kegiatan supervisi dan monitoring dilakukan untuk memastikan pelaksanaan imunisasi dilakukan sesuai prosedur serta mengidentifikasi permasalahan atau hambatan penyelenggaraan program imunisasi di lapangan.
- 8) Membuat umpan balik hasil imunisasi rutin kepada Gubernur, Walikota dan Bupati di seluruh Indonesia. Pada umpan balik tersebut disampaikan capaian imunisasi per provinsi dan per kabupaten/kota serta rekomendasi upaya-upaya yang harus dilakukan untuk percepatan peningkatkan cakupan imunisasi, khususnya imunisasi dasar lengkap. Melalui umpan balik ini, diharapkan provinsi dan kabupaten/kota yang masih belum lengkap mengirimkan laporannya dapat segera melengkapi laporan capaian imunisasinya.



Gambar 3.14
Umpan Balik Hasil Imunisasi Kuartal II Tahun 2021

- 9) Pemberdayaan organisasi keagamaan dan oranisasi masyarakat melalui sinergitas dengan organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, organisasi keagamaan dan lintas sektor terkait lainnya (MUI, Perdhaki, Muslimat NU, Aisyiah, Fathayat NU, PKK, Walubi, IDAI, IBI, PPNI, dan Kementerian/ Lembaga lainnya). Salah satu kegiatan yang dilakukan adalah Pertemuan Penguatan Program Imunisasi melalui Dukungan Fatwa MUI Nomor 4 Tahun

2016. Pada pertemuan ini dihadirkan perwakilan MUI pusat dan MUI dari 34 provinsi. Melalui pertemuan ini harapannya MUI dapat membantu memberikan pemahaman kepada masyarakat terkait dengan pentingnya pelaksanaan imunisasi untuk melindungi anak-anak dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).

- 10) Peningkatan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait dalam hal pelayanan dan penggerakan masyarakat.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

Dalam upaya mencapai target indikator penyelenggaraan program imunisasi, terdapat beberapa permasalahan yang dihadapi, antara lain:

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

h. Pemecahan Masalah

1. Melakukan penyusunan dan sosialisasi Keputusan Menteri Kesehatan tentang petunjuk teknis pelayanan imunisasi pada masa pandemi COVID-19 secara berjenjang dengan *massive*;
2. Melakukan koordinasi intensif dengan Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan dalam upaya percepatan penyediaan vaksin;
3. Melakukan advokasi dan sosialisasi dengan melibatkan tokoh agama, tokoh masyarakat dan organisasi profesi untuk mengatasi rumor negatif imunisasi;
4. Melakukan *sustainable outreach services* (SOS) untuk menjangkau daerah-daerah dengan geografis sulit;
5. Melakukan pelatihan TOT (*training of trainers*) pengelola program imunisasi di wilayah kerjanya;
6. Mengoptimalkan sistem pencatatan dan pelaporan melalui aplikasi berbasis excel yang sudah berjalan saat ini yaitu aplikasi pemantauan wilayah setempat (PWS) dan berkoordinasi dengan *Digital Transformation Officer* (DTO) Kementerian Kesehatan untuk pengembangan *dashboard* dan sistem pencatatan pelaporan imunisasi berbasis elektronik;

7. Melakukan koordinasi secara intensif dengan Kemendagri terkait pelaksanaan imunisasi, termasuk dalam hal pembuatan Surat Edaran Kemendagri untuk penguatan pelaksanaan program imunisasi;
8. Pelaksanaan pertemuan koordinasi secara intensif dengan ITAGI dan Komnas PP KIPI, organisasi profesi, organisasi keagamaan, serta mitra pembangunan nasional dan internasional;
9. Melakukan supervisi suportif dan monitoring evaluasi pelaksanaan imunisasi secara berkala dan berjenjang disertai dengan pelaksanaan on the job training serta pemberian umpan balik/ tindakan perbaikan secara langsung;
10. Penyusunan *Pedoman Public Private Mix* (PPM) atau jejaring layanan imunisasi untuk memperkuat keterlibatan lintas program dan lintas sektor dalam penyelenggaraan imunisasi.

10. Persentase Kabupaten/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM sebesar 65%

a. Penjelasan Indikator

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

Wilayah kabupaten/kota sebagai bagian dari negara harus mempunyai kapasitas dalam Pencegahan, deteksi dini dan respon sebagai jaminan kapasitas suatu negara dalam kesiapsiagaan menghadapi kedaruratan kesehatan masyarakat (KKM). Kesiapsiagaan tersebut dituangkan dalam bentuk dokumen kebijakan yang merupakan kesepakatan bersama seluruh lintas sektor

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

b. Definisi operasional

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

c. Rumus/cara perhitungan

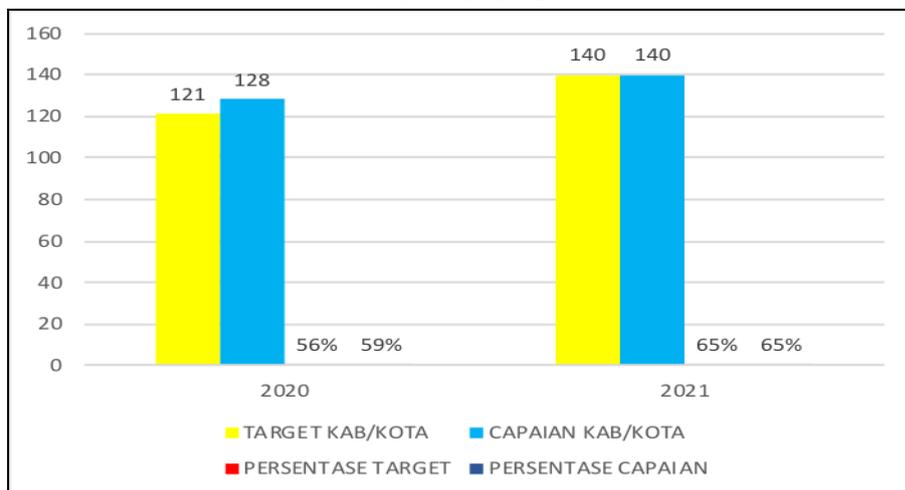
Persentase Kab/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	=	$\frac{\text{Jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki bandar udara dan/atau pelabuhan dan/atau PLBDN yang mempunyai kapasitas sesuai standar dalam pencegahan dan pengendalian KKM}}{\text{Jumlah seluruh Kabupaten/Kota yang memiliki bandar udara dan/atau pelabuhan dan/atau PLBDN}} \times 100\%$	
--	---	--	--

d. Capaian indikator

Indikator Persentase Kab/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM, selain menjadi indikator dalam IKP, juga merupakan indikator Kinerja Sasaran Strategis (ISS) dalam Renstra Kementerian Kesehatan periode tahun 2020-2024. Capaian indikator ini mengalami penurunan capaian dari tahun 2020 ke tahun 2021. Pada tahun 2020 dari target 56%, telah tercapai 58% sehingga capaian kinerja sebesar 103,6%. Pada tahun 2021, dari target 65% telah tercapai 65% dengan capaian kinerja 100%. Meskipun capaian tahun

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

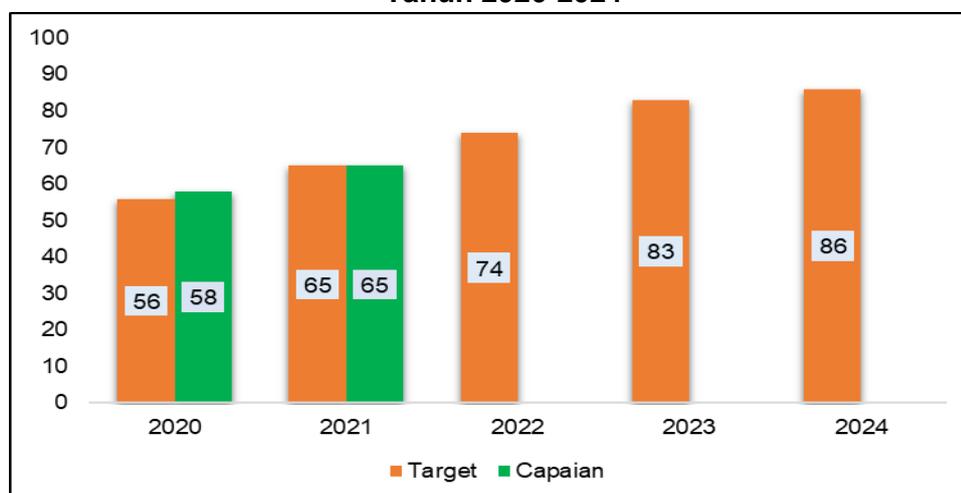
Grafik 3.27
Target dan Capaian Kab/Kota Yang Mempunyai Kapasitas dalam Pencegahan dan Pengendalian KKM Tahun 2020-2021



Sumber data : Laporan Substansi Karantina Kesehatan Tahun 2021

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

Grafik 3.28
Target dan Capaian Kab/Kota Yang Mempunyai Kapasitas dalam Pencegahan dan Pengendalian KKM Tahun 2020-2024



Sumber data : Laporan Substansi Karantina Kesehatan Tahun 2021

Indikator ini sudah ada sejak tahun 2015-2019, tetapi dengan perbedaan definisi operasional dengan tahun 2020. Tahun 2015-2019 target dihitung dari Kab/Kota yang mempunyai pintu masuk internasional sedangkan tahun 2020-2024 dihitung dari semua pintu masuk termasuk domestik. Kabupaten/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM dipintu masuk internasional telah tercapai sehingga cakupan diperluas dengan meningkatkan kapasitas Kab/Kota yang mempunyai pintu masuk domestik. Tahun 2020 indikator ini dimasukkan kembali untuk menjawab sasaran strategis dalam Renstra Kementerian Kesehatan yakni meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.

e. Analisa Penyebab Keberhasilan

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

f. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target indikator

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

g. Kendala/Masalah yang Dihadapi

1. Masih dalam masa pandemi sehingga adanya pembatasan perjalanan dan kegiatan masyarakat pada masa pandemi COVID-19 mempengaruhi pencapaian kinerja indikator kekarantinaan Kesehatan.
2. Revisi penganggaran dana Dekon oleh Dinkes Provinsi terhadap kegiatan untuk pencapaian IKK menjadi kegiatan dalam penanganan pandemi di wilayahnya masing – masing.

3. Belum adanya tim pendamping dalam penyusunan rencana kontigensi baik dari pusat, propinsi dan kab/kota
4. Belum tersosialisasinya rencana kontigensi kedaruratan kesehatan masyarakat ditingkat lintas sektor di kabupaten/kota.

h. Pemecahan Masalah

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

11. Jumlah Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan sebesar 172 Kab/Kota.

a. Penjelasan indikator

Penyakit infeksi tropis terabaikan adalah sekelompok penyakit tropis yang beragam dan sangat umum terjadi pada populasi berpendapatan rendah di wilayah berkembang. Ruang lingkup indikator Kab/Kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan dalam laporan ini adalah penyakit Frambusia. Meskipun penyakit frambusia masih dapat ditemukan pada beberapa daerah kantong, namun sejak tahun 2017, kasus baru yang dilaporkan berada di bawah angka 2000. Status eliminasi telah tercapai sejak lama, dan kini frambusia sudah berada pada fase eradikasi. Eradikasi Frambusia adalah upaya pembasmian yang dilakukan secara berkelanjutan untuk menghilangkan frambusia secara permanen sehingga tidak menjadi masalah Kesehatan masyarakat secara nasional.

Pemerintah Indonesia menetapkan target Eradikasi Frambusia di seluruh kabupaten/kota pada tahun 2024. Salah satu syarat mencapai target tersebut adalah surveilans berkinerja baik yang ditandai dengan adanya pelaporan yang rutin dari seluruh puskesmas di Indonesia serta adanya kegiatan penemuan kasus secara aktif berupa pemeriksaan anak sekolah dan pemeriksaan di desa atau puskesmas keliling. Puskesmas diwajibkan untuk tetap mengirimkan laporan meskipun tidak ditemukan kasus (*zero reporting*). Dengan memantau pelaporan rutin tersebut, dapat diketahui kesiapan kabupaten/kota dalam mencapai target eradikasi. Indikator Kab/Kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis dalam laporan ini akan menjelaskan Kab/Kota yang melaksanakan surveilans berkinerja aktif. Bersama dengan dilaksanakannya

kegiatan penemuan kasus secara aktif, akan diperoleh informasi mengenai situasi frambusia yang terjadi di wilayah tersebut, sehingga memungkinkan untuk melakukan penanganan segera terhadap kasus konfirmasi yang ditemukan dan pencegahan terhadap meluasnya transmisi.

b. Definisi Operasional

Jumlah kabupaten/kota yang $\geq 90\%$ puskesmasnya melaporkan laporan Program P2 Frambusia secara rutin, termasuk *zero reporting* serta terdapat kegiatan surveilans aktif berupa pemeriksaan anak sekolah dan pemeriksaan di desa atau puskesmas keliling.

c. Cara perhitungan

Jumlah kumulatif kabupaten/kota yang $\geq 90\%$ puskesmasnya melaporkan laporan Program P2 Frambusia secara rutin, termasuk *zero reporting*. Laporan dikatakan lengkap $\geq 90\%$ apabila seluruh puskesmas di wilayah tersebut rutin melaporkan laporan bulanan frambusia dalam satu tahun sebanyak 90%

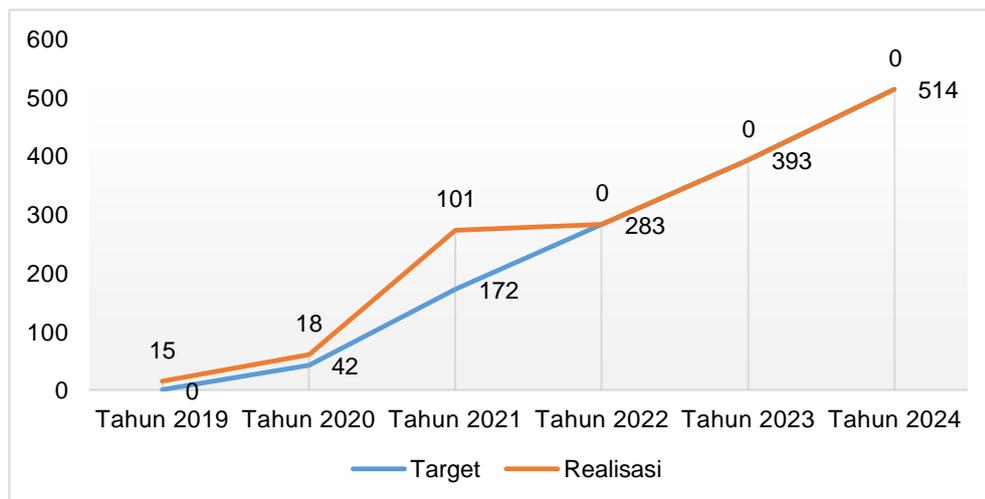
d. Capaian indikator

Di tingkat global, WHO menggunakan indikator adanya jumlah kasus baru konfirmasi serologis yang dilaporkan dan cakupan pengobatan frambusia pada populasi target sebagai tolok ukur program Pencegahan dan Pengendalian Frambusia. Kedua indikator tersebut mempersyaratkan surveilans berjalan dengan baik, seperti laporan bulanan terdokumentasi dengan baik dan pencarian kasus aktif berjalan. Hal tersebut sejalan dengan indikator yang ditetapkan oleh Indonesia yaitu Kabupaten/Kota dengan surveilans berkinerja baik. WHO dalam *Weekly Epidemiological Record for Yaws* tahun 2018 menginformasikan bahwa dari 56 negara yang melaporkan ke WHO, sebanyak 23 (41%) negara pernah mencatat adanya kasus frambusia sejak tahun 1950. Sebanyak 62.784 kasus suspek frambusia dilaporkan selama periode 2014-2016. Negara dengan beban terbesar selama periode 2014-2018 yaitu Kepulauan Solomon (41.130), Indonesia (7.662), Cote d'Ivoire (6.171), Ghana (5.172), dan Kamerun (1.883). Frambusia dilaporkan dalam sistem surveilans penyakit di 13 negara, dan diketahui tercantum dalam rencana nasional penanggulangan penyakit pada 4 negara, termasuk Indonesia. Disebutkan bahwa untuk dapat mendapatkan sertifikasi eradikasi frambusia, nantinya suatu negara harus dapat membuktikan ketiadaan frambusia dengan melaporkan hasil surveilans aktif dan survei serologi pada anak-anak.

Tahun 2020-2024 ditetapkan target Kabupaten/Kota dengan surveilans berkinerja baik sebesar 42 Kab/Kota pada tahun 2020, 172 Kab/Kota tahun 2021, 283 Kab/Kota tahun 2022, 393 Kab/Kota tahun 2023, dan 514 Kab/Kota tahun 2024. Hasil pengamatan terhadap laporan bulanan dan kegiatan program Pencegahan dan Pengendalian Frambusia pada tahun 2021 diketahui sebanyak 101 kabupaten/kota yang memiliki surveilans berkinerja baik ditandai dengan $\geq 90\%$ puskesmasnya melaporkan laporan Program P2 Frambusia secara rutin serta terdapat kegiatan surveilans aktif berupa pemeriksaan anak

sekolah dan pemeriksaan di desa atau puskesmas keliling. Dari target sebesar 172 Kab/Kota telah tercapai 101 Kab/Kota dengan pencapaian kinerja sebesar 58,7%. Bila dibandingkan dengan tahun 2020, terdapat peningkatan capaian yang sangat signifikan yakni sebanyak 83 Kab/Kota pada tahun 2021. Secara lengkap dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.29
Target dan Capaian
Jumlah Kab/Kota dengan surveilans Frambusia berkinerja baik
Tahun 2019-2024



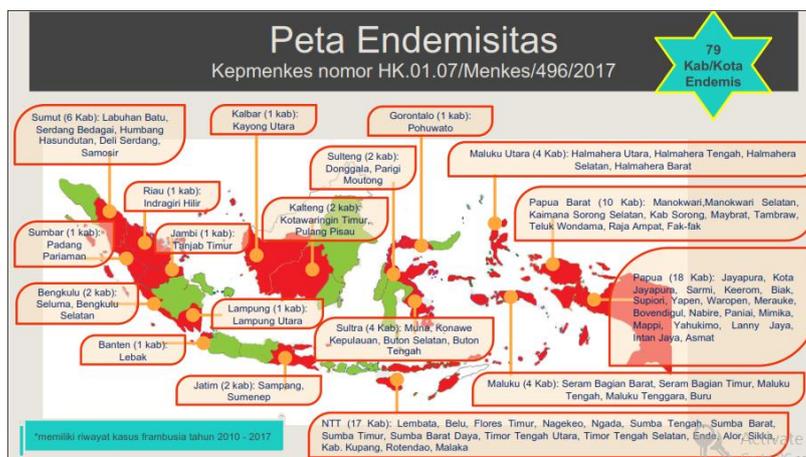
Sumber data : Laporan Substansi PTML Tahun 2021

Pada grafik diatas terlihat selama 2 tahun berturut-turut target indikator ini tidak tercapai meskipun demikian mengalami peningkatan capaian. Sehingga bila dibandingkan dengan target 2022-2024, indikator ini diperkirakan tidak berjalan *on track*.

Berdasarkan laporan WHO tahun 2012, Indonesia menjadi satu-satunya negara di regional Asia Tenggara yang melaporkan adanya kasus frambusia, selain Timor Leste. Kasus frambusia di Indonesia dari tahun ke tahun semakin mengalami penurunan, dari 673 kasus Frambusia di 35 Kabupaten pada tahun 2019 menjadi 130 kasus di 14 Kabupaten pada tahun 2020. Namun mengalami kenaikan jumlah kasus pada tahun 2021 menjadi 149 kasus tetapi hanya di 6 Kabupaten/Kota. Dengan demikian wilayah endemisitas frambusia menyempit.

Sebanyak 74 kabupaten/kota ditetapkan sebagai kabupaten/kota endemis frambusia dengan kriteria kabupaten/kota yang pernah memiliki riwayat kasus frambusia pada tahun 2010-2017. Sebagian besar kabupaten/kota tersebut berada di wilayah timur Indonesia terutama regional NTT, Maluku dan Papua. Daerah kantong frambusia terutama ditemukan pada daerah dengan sanitasi lingkungan dan akses terhadap air bersih yang buruk, serta kesadaran masyarakat akan kebersihan diri yang rendah. Peta endemisitas Frambusia digambarkan sebagai berikut:

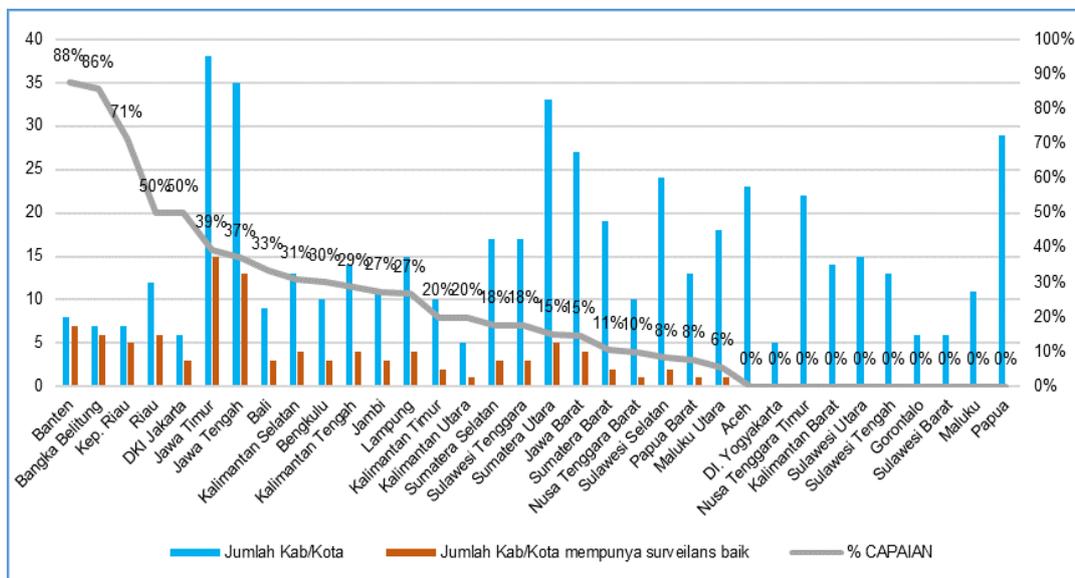
Gambar 3.15
Peta Endemisitas Frambusia di Indonesia



Sumber data : Laporan Substansi PTML Tahun 2021

Bila dilihat capaian Kab/Kota dengan surveilans berkinerja baik per Provinsi di Indonesia capaiannya cukup beragam seperti digambarkan dalam grafik dibawah ini. Capaian tertinggi pada Provinsi Banten (88%) dan terdapat Provinsi dengan capaian 0% dimana belum ada Kab/Kota nya dengan surveilans berkinerja baik yakni pada Provinsi Aceh, DIY, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku dan Papua.

Grafik 3.30
Jumlah Kab/Kota dengan surveilans Frambusia berkinerja baik per Provinsi Tahun 2021



Pada tahun 2021, sebanyak 101 kabupaten/kota telah memiliki surveilans berkinerja baik yang ditandai dengan $\geq 90\%$ puskesmasnya melaporkan laporan Program P2 Frambusia secara rutin serta terdapat kegiatan surveilans aktif berupa pemeriksaan anak sekolah dan pemeriksaan di desa atau puskesmas

keliling. Dari 101 Kab/Kota tersebut masuk dalam penilaian sertifikasi eradikasi Frambusia. Hasil penilaian eradikasi tahun 2021 menunjukkan sebanyak 8 Kab/Kota mendapatkan sertifikasi eradikasi Frambusia atau sebesar 7,9%. Bila dibandingkan dengan total seluruh Kab/Kota di Indonesia maka capaian eradikasi Frambusia baru sebesar 1,6%.

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Capaian indikator tidak mencapai target pada tahun 2021 didorong oleh beberapa faktor penghambat antara lain adanya efisiensi dan refocusing anggaran baik Anggaran baik Dana Pusat (35,35%) ataupun Dana Dekonsentrasi (77,27%), belum terdapat kurikulum peningkatan kapasitas bagi petugas pengelola frambusia, kesulitan dalam penemuan aktif melalui pemeriksaan anak sekolah dan di masyarakat karena pembatasan social akibat Pandemi COVID-19, keterbatasan kemampuan SDM dan sarana prasarana di tingkat Kabupaten/Kota ataupun Puskesmas, dukungan dari pemerintah daerah baik terkait sumber daya manusia ataupun pendanaan belum maksimal dan kerjasama dengan organisasi profesi belum maksimal.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Sebagian besar kegiatan P2 Frambusia terintegrasi dengan kegiatan P2 Kusta baik pelaksanaan di pusat maupun di daerah yakni antara lain:

- 1) Advokasi dan sosialisasi bagi LP/LS serta orientasi dokter dan petugas pengelola program P2 Kusta dan Frambusia tingkat Puskesmas; pelaksanaan intensifikasi penemuan kasus kusta dan frambusia di kabupaten/kota endemis;
- 2) Intensifikasi Penemuan Kasus Kusta dan Frambusia (*Intensified Case Finding/ ICF*) (*Pelaksanaan dan pendampingan*)
Kegiatan ini berkolaborasi dengan pelaksanaan kegiatan oleh kabupaten/kota endemis kusta pada daerah Papua dan Non Papua menggunakan dana dekonsentrasi dan pendampingan pelaksanaan oleh tim pusat menggunakan dana APBN. Pelaksanaan penemuan kasus difokuskan pada daerah lokus kusta dan atau endemis frambusia dengan tujuan untuk penemuan kasus frambusia. Pada kegiatan ini tidak hanya dilaksanakan penemuan dan pemeriksaan kasus, namun juga dilakukan edukasi terhadap masyarakat tentang penyakit frambusia.
- 3) Orientasi Dokter Rujukan di Kabupaten/ Kota dan Provinsi. Kegiatan ini dilaksanakan bersamaan dengan pelaksanaan kegiatan program P2 Kusta;
- 4) Orientasi Petugas Puskesmas. Kegiatan ini dilaksanakan di Kabupaten Cimahi, Provinsi Jawa Barat bersamaan dengan kegiatan P2 Penyakit Kusta;
- 5) Verifikasi Kasus Frambusia;
- 6) Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama mitra pemerintah yang membawahi bidang kesehatan. Kegiatan ini dilaksanakan pada 5 kabupaten/kota terpilih, yaitu Kota Makassar (Sulawesi Selatan), Kabupaten Bone (Sulawesi Selatan), Kabupaten Bekasi (Jawa Barat) dan Kabupaten Jember (Jawa Timur). Adapun tujuan

dari kegiatan ini adalah melakukan advokasi dan sosialisasi program kusta dan frambusia kepada pimpinan setempat serta Lintas Program dan Lintas Sektor untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan kemitraan daerah;

- 7) Pertemuan Evaluasi Program dan Validasi Data Kohort Nasional P2 Kusta dan Frambusia yang bertujuan melakukan monitoring dan evaluasi program yang dilaksanakan oleh provinsi di Indonesia serta melakukan validasi dan finalisasi data tahun 2021;
- 8) Melanjutkan pengembangan sistem informasi online kusta dan frambusia bagi kemudahan pencatatan dan pelaporan program di fasyankes;
- 9) Penyusunan Kurikulum Pelatihan Petugas Pemegang Program Kusta dan Frambusia;
- 10) Meningkatkan Kerjasama dengan Perguruan Tinggi dan Organisasi Profesi melalui kegiatan Koordinasi Pokja/Komite Ahli Eradikasi Frambusia.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

1. Sedikitnya rekomendasi kabupaten/kota bebas frambusia dari Provinsi karena masih proses pengumpulan data dan proses penilaian, keterlambatan disebabkan kesulitan kegiatan surveilans berkinerja baik oleh kab/kota karena masih fokus dalam penanganan COVID-19 termasuk refocusing anggaran sehingga provinsi kesulitan dalam pengumpulan data anak sekolah karena adanya pembelajaran daring di sekolah masyarakat;
2. Angka mutasi petugas kesehatan yang cukup tinggi menyebabkan program pencegahan dan pengendalian frambusia di daerah berjalan kurang maksimal.
3. Sebagian besar daerah endemis frambusia berada di lokasi yang sulit dijangkau, menyebabkan sulitnya pencarian kasus dan akses masyarakat menuju pelayanan kesehatan;
4. Belum maksimalnya kemitraan dengan organisasi profesi, RS dan praktek dokter swasta dalam menciptakan pelayanan kusta yang komprehensif dan terstandar;
5. Pengetahuan, ketrampilan dan kesadaran akan pelaporan oleh petugas pengelola program frambusia di tingkat Puskesmas, Kabupaten/Kota dan Provinsi belum maksimal.

h. Pemecahan Masalah

- 1) Melakukan kegiatan koordinasi pemantauan kabupaten yang ditarget eradikasi dan melakukan validasi data;
- 2) Bimtek dan pendampingan provinsi dan atau kab/kota yang ditarget eradikasi;
- 3) Meningkatkan surveilans frambusia;
- 4) Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian eliminasi kusta;
- 5) Menganggarkan dan melaksanakan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan secara rutin;

- 6) Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE kepada penderita, keluarga penderita, dan masyarakat dalam rangka meningkatkan peran serta masyarakat;
- 7) Mempererat integrasi program dengan penyakit lain;
- 8) Memperkuat jejaring kemitraan dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi agar memperoleh dukungan dalam pelaksanaan program sesuai dengan tupoksi masing-masing;
- 9) Melaksanakan pengembangan kegiatan inovasi seperti pengembangan pelatihan *e-learning*, aplikasi pelaporan dan lainnya.

12. Persentase faktor risiko penyakit dipintu masuk yang dikendalikan sebesar 89%

a. Penjelasan indikator

Faktor risiko penyakit yang dikendalikan di pintu masuk adalah faktor risiko yang dapat menimbulkan permasalahan kekarantinaan kesehatan yang terdiri dari faktor risiko pada alat angkut dan isinya, faktor risiko lingkungan darat, air, udara, limbah, dan faktor risiko pada tempat-tempat umum. Pengendalian faktor risiko dilakukan dengan melakukan pemeriksaan semua faktor risiko agar tetap dalam batas aman sesuai ambang batas yang ditentukan dan upaya respon terhadap faktor risiko yang ditemukan.

Pemeriksaan orang dilakukan melalui pengawasan dokumen kesehatan penumpang yakni *International Certificate of Vaccination* (ICV) dan penerbitan dokumen surat laik terbang, surat sehat, sertifikat sehat. Selama masa peningkatan kewaspadaan terhadap pandemi COVID-19, dilakukan pemeriksaan dan validasi terhadap dokumen-dokumen kesehatan baik di area domestik maupun internasional. Dokumen kesehatan yang diperiksa meliputi surat keterangan rapid test antibodi dan antigen pada pelaku perjalanan keberangkatan domestik, surat keterangan hasil PCR bagi pelaku perjalanan kedatangan internasional, klirens kesehatan dan/atau pengantar karantina bagi pelaku perjalanan kedatangan internasional, dan surat keterangan hasil PCR bagi pelaku perjalan keberangkatan internasional tujuan Hongkong. Pemeriksaan dokumen ini dilakukan dalam upaya skrining cegah tangkal persebaran COVID-19 baik di lingkup domestik maupun internasional. Dilakukan juga pemeriksaan suhu penumpang dan personil serta pengawasan Health Alert Card (HAC), pemeriksaan Rapid Test dilakukan dalam upaya skrining cegah tangkal masuknya COVID-19 di kedatangan internasional dan pengambilan swab test PCR pada petugas beresiko tinggi dilingkungan bandara. Selain pemeriksaan terkait COVID-19, dilakukan juga skrining penyakit menular langsung meliputi penyakit TB dan HIV-AIDS. Skrining untuk pengendalian penyakit adalah pemeriksaan terhadap orang-orang yang tidak memiliki gejala ataupun keluhan (asimtomatik) untuk mengklasifikasikan mereka ke dalam kategori yang diperkirakan mengidap atau tidak mengidap penyakit (as *likely or unlikely to have disease*).

Pemeriksaan alat angkut antara lain pemeriksaan gendec yang meliputi asal penerbangan, jumlah crew pesawat, jumlah penumpang, dan ada tidaknya penumpang yang sakit di atas pesawat. Kegiatan ini merupakan pemeriksaan dokumen perjalanan internasional yang berisi peristiwa yang berhubungan dengan kesehatan pesawat yang diisi oleh pursher/pilot untuk mengetahui ada/tidaknya penumpang/kru yang sakit atau berpotensi membawa penyakit menular. Pemeriksaan COP dilakukan untuk melihat sertifikat izin bebas karantina yang diberikan kepada pesawat yang datang dari luar negeri dan atau daerah terjangkau. Selain itu dilakukan juga pemeriksaan sanitasi alat angkut untuk mengetahui faktor risiko sanitasi dan keberadaan vektor penyakit pada alat angkut yang dapat menjadi media penulran penyakit.

Pemeriksaan barang meliputi pemeriksaan barang bawaan, penerbitan surat ijin angkut jenazah dan penerbitan sertifikat OMKABA. Pengawasan lalu lintas OMKABA dilakukan dengan pemeriksaan terhadap kelengkapan dokumen muatan dan barang bawaan yang termasuk komoditi OMKABA. Hasil pengawasan berupa penerbitan Surat Keterangan Kesehatan OMKABA yang bertujuan agar OMKABA yang masuk maupun keluar melalui tidak membahayakan kesehatan masyarakat.

Pemeriksaan lingkungan meliputi pemeriksaan Tempat-Tempat Umum (TTU), Tempat Pengolahan Makanan (TPM) dan pemeriksaan sanitasi air. Pemeriksaan sanitasi TTU dilakukan dengan memeriksa fisik berupa penilaian kondisi higiene dan sanitasi gedung/bangunan dan lingkungan. Pemeriksaan sanitasi TPM dilakukan menyeluruh mulai pemeriksaan higiene bahan makanan, penyimpanan bahan makanan, pengelolaan makanan, hingga penyajian makanan. Seluruh aspek lingkungan baik fisik tempat, peralatan maupun penjamah juga diperhatikan dalam pemeriksaan ini.

b. Definisi Operasional

Faktor risiko yang dikendalikan berdasarkan temuan pada pemeriksaan orang, alat angkut, barang dan lingkungan dalam satu tahun.

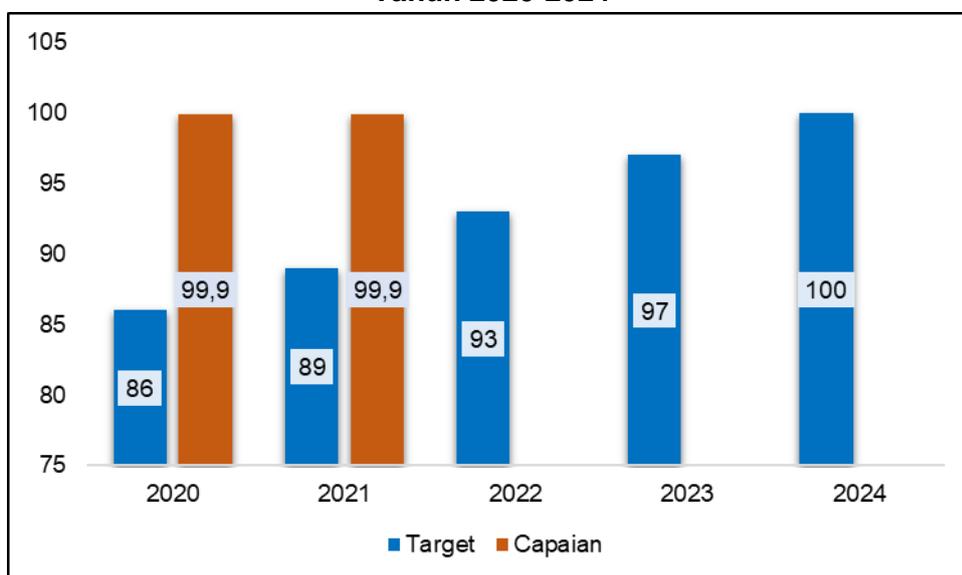
c. Cara perhitungan

Persentase faktor risiko penyakit dipintu masuk yang dikendalikan	$= \frac{\text{Jumlah faktor risiko yang dikendalikan pada orang, alat angkut, barang dan lingkungan}}{\text{jumlah faktor risiko yang ditemukan pada pemeriksaan orang, alat angkut, barang dan lingkungan}} \times 100\%$
---	---

d. Capaian indikator

Capaian indikator persentase faktor risiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan pada tahun 2021 telah tercapai 99,9% dari target 89% dengan capaian kinerja sebesar 112,2%. Data tahun 2021 menunjukkan jumlah pemeriksaan orang, alat angkut, barang dan lingkungan sebanyak 101.948.825 pemeriksaan, jumlah faktor risiko yang ditemukan sebanyak 8.057.118 dan faktor risiko yang dikendalikan sebanyak 8.057.019 sehingga capaian faktor risiko yang dikendalikan sebesar 99,9%. Secara lengkap terlihat dalam grafik berikut ini:

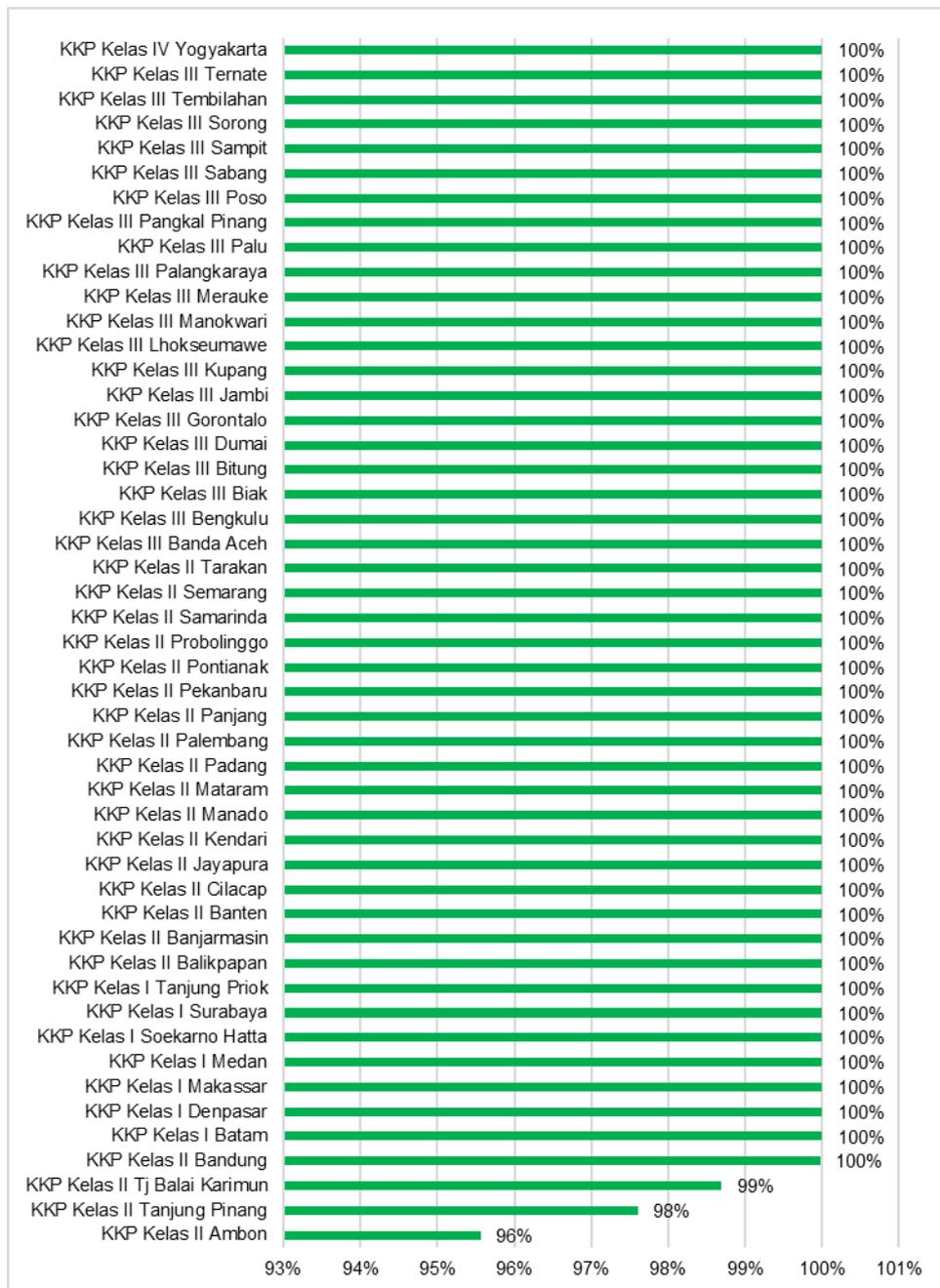
Grafik 3.31
Target dan Capaian Persentase faktor risiko
di pintu masuk yang dikendalikan
Tahun 2020-2024



Sumber data : Data 10 BBTCLPP melalui google form, 2021

Pada grafik diatas, selama 2 tahun berturut-turut capaian indikator persentase faktor risiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan telah melebihi target bahkan target tahun 2023. Pandemi COVID-19 yang berlangsung sampai saat ini mewajibkan KKP melakukan kesiapsiagaan untuk pengawasan dan pengendalian COVID-19 dipintu masuk, yang berdampak pada peningkatan jumlah pemeriksaan orang, alat angkut, barang dan lingkungan yang dikendalikan. Capaian persentase faktor risiko di pintu masuk untuk setiap KKP digambarkan dalam grafik berikut:

Grafik 3.32
Capaian Persentase faktor risiko di pintu masuk yang dikendalikan oleh KKP Tahun 2021

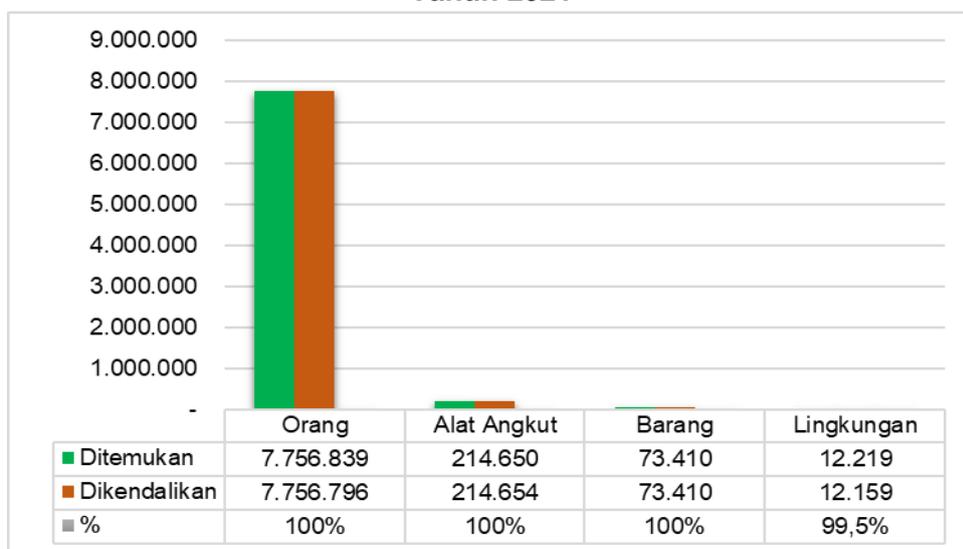


Sumber : Data 49 KKP melalui google form, 2021

Dari grafik diatas terlihat bahwa sebanyak 46 KKP (93,9%) telah mengendalikan 100% faktor risiko dipintu masuk sedangkan 3 KKP (6,1%) lainnya masih dibawah 100% yakni KKP Kelas II Tanjung Balai Karimun (99%), KKP Kelas II Tanjung Pinang (98%) dan KKP Kelas II Kelas Ambon (96%), meskipun demikian capaian ketiga KKP tersebut tetap melebihi target.

Pengendalian faktor risiko dilakukan dengan berbagai upaya seperti dalam pemeriksaan faktor risiko pada orang melalui pemberian rujukan kasus penyakit yang memerlukan pemeriksaan dan pengobatan lanjutan, memberikan vaksinasi meningitis pada calon jemaah, karantina terhadap kasus positif penyakit menular, penundaan keberangkatan terhadap penumpang yang tidak memiliki hasil rapid test/swab test COVID-19 dan pengendalian lainnya. Pengendalian faktor risiko alat angkut dilakukan dengan disinfeksi, disinfeksi, fumigasi, penetapan kapal dalam karantina terhadap kapal yang membawa penumpang dengan penyakit menular kekarantina. Pengendalian faktor risiko lingkungan dilakukan dengan cara penyehatan TTU, TPM, kegiatan IRS, fogging, larvasida, insektisida, pemberdayaan kader dan Teknologi Tepat Guna. Pengendalian dapat dilakukan oleh KKP sendiri tetapi dapat pula bekerjasama dengan LPLS dan KKP diwilayah kerja lainnya. Bila dilihat dari pengendalian faktor risiko orang, alat angkut, barang dan lingkungan tahun 2021, jumlahnya seperti digambarkan pada grafik berikut ini:

Grafik 3.33
Faktor risiko pada orang, alat angkut, barang, lingkungan
yang ditemukan dan dikendalikan
Tahun 2021



Sumber : Data 49 KKP melalui google form, 2021

Dari grafik diatas terlihat bahwa faktor risiko terbanyak yang ditemukan dan dikendalikan pada orang, kemudian alat angkut, barang dan lingkungan. Pengendalian FR pada orang, alat angkut dan barang tercapai 100% sedangkan pada lingkungan tercapai 99,5%.

f. Analisa Penyebab Keberhasilan

Tercapainya target indikator persentase faktor risiko di pintu masuk yang dikendalikan didukung oleh beberapa faktor:

- 1) SDM yang berkompeten dibidangnya sejalan dengan peningkatan kapasitas yang dilakukan secara reguler untuk SDM di Kantor Kesehatan Pelabuhan.

- 2) Kerja sama yang baik dengan lintas sektor di Pelabuhan dan bandara yaitu Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten, Otoritas Bandara, KSOP Pelindo, Angkasa Pura, Maskapai Penerbangan, Agen Pelayaran, Pengelola TTU dan TPM. Koordinasi dan kerjasama yang efektif, massif, pro aktif dan berkelanjutan antar Lintas Progam Lintas Sektor untuk mewujudkan tingkat hygiene sanitasi di pelabuhan dan bandar udara yang optimal serta menjaga pelabuhan dan bandar udara bebas vektor dan binatang pembawa penyakit pada perimeter dan buffer area.

g. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Upaya yang dilakukan dalam mencapai indikator melalui:

- 1) Pencegahan dan penanggulangan masuk dan keluarnya penyakit karantina dan penyakit menular tertentu dipintu masuk negara dan wilayah melalui pemeriksaan orang, alat angkut, barang dan lingkungan.
- 2) Sejak tahun 2020-2021, dilakukan pengawasan dan pengendalian COVID-19 dipintu masuk negara melalui validasi dokumen kesehatan, eHAC, observasi dan rujukan.
- 3) Meningkatkan jejaring, kordinasi dan kerjasama LPLS seperti Satgas, TNI, kepolisian, Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, B/BTKL lainnya untuk pengendalian faktor risiko.
- 4) Pelayanan kesehatan pada situasi khusus arus mudik dan arus balik pada hari besar keagamaan.
- 5) Pencegahan dan pengendalian HIV AIDS, deteksi terduga TB, pemeriksaan faktor risiko kesehatan terhadap TKBM, ABK dan penumpang.
- 6) Pemeriksaan higiene sanitasi alat angkut dan pengawasan tindakan sanitasi alat angkut seperti disinfeksi, disinfeksi, fumigasi maupun dekontaminasi.
- 7) Inspeksi sanitasi tempat-tempat umum, gedung, bangunan dan perusahaan di pelabuhan dan bandar udara, serta upaya tindakan perbaikan terhadap hasil pemeriksaan yang hasilnya kurang dengan diseminasi informasi hasil inspeksi sanitasi tempat-tempat umum.
- 8) Inspeksi sanitasi tempat pengelolaan makanan (TPM) di pelabuhan dan bandar udara serta saran-saran perbaikan dari kelengkapan administrasi dan kelengkapan teknis.
- 9) Survey vektor pes, diare, malaria dan DBD pada wilayah kerja KKP.
- 10) Pengadaan sarana dan prasarana untuk menunjang kegiatan diantaranya ambulance paramedik, kendaraan operasional vektor, thermal scanner dan sarana penunjang lainnya.

h. Kendala/masalah yang dihadapi

- Perbandingan jumlah SDM dengan frekuensi lalu linta orang dan alat angkut yang sangat tinggi masih menjadi kendala dimana jumlah SDM teknis masih belum mencukupi untuk menunjang kegiatan. Pandemi COVID-19 berdampak pada perhatian dan fokus SDM yang lebih besar untuk

pengendalian COVID-19 sehingga beberapa kegiatan lainnya mengalami hambatan pelaksanaan seperti pemeriksaan TTU, TPM dan lainnya.

- Dalam pelaksanaan skrining penyakit menular, masih ditemukan responden yang kurang kooperatif untuk mendapatkan pemeriksaan lanjutan, tidak mengisi dengan jujur dan lengkap form pemeriksaan dan proses rujukan membutuhkan waktu yang lama.
- Dalam pengawasan COVID-19, salah satu kendala yang ditemukan yakni akses data terkait identitas pelaku perjalanan yang datang tidak diberikan dan hanya mendapatkan data agregat, beberapa pelabuhan penyeberangan hanya melakukan pemeriksaan suhu tubuh kepada penumpang datang, tidak melakukan pemeriksaan eHAC, terbatasnya kapasitas wisma karantina sehingga karantina tidak dapat dilakukan secara ideal.

i. Pemecahan Masalah

- 1) Mengusulkan penambahan SDM teknis untuk pengendalian faktor risiko di KKP.
- 2) Melakukan pertemuan Lintas Program Lintas Sektor dan penyampaian KIE kepada sasaran. Dalam kegiatan ini dapat dilakukan diseminasi informasi sehingga diperoleh feedback dari LPLS terkait.
- 3) Sosialisasi kepada penumpang, pemasangan banner di Pelabuhan dan Bandara tentang pengisian eHAC.
- 4) Meningkatkan jejaring kemitraaan, advokasi dan kordinasi dengan Lintas Program Lintas Sektor seperti Satgas, TNI, kepolisian, Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, B/BTKL untuk pengawasan dan pengendalian COVID-19.

13. Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan sebesar 85%

a. Penjelasan Indikator

Rekomendasi kajian surveilans faktor risiko penyakit yang berbasis laboratorium adalah rekomendasi dari B/BTKLPP tentang hasil surveilans faktor risiko penyakit yang digunakan sebagai upaya deteksi dini pencegahan dan respon kejadian penyakit. Surveilans faktor risiko yang dilakukan meliputi penyakit yang berpotensi menimbulkan wabah.

b. Definisi operasional

Rekomendasi hasil kegiatan surveilans atau kajian/Survei faktor risiko kesehatan berbasis laboratorium baik surveilans epidemiologi, surveilans faktor risiko penyakit, kajian/survei penyakit dan faktor risiko penyakit, pengembangan pengujian dan kendali mutu laboratorium oleh B/BTKLPP yang ditindaklanjuti/dilaksanakan oleh B/BTKLPP dan stakeholder terkait dalam periode 3 tahun terakhir.

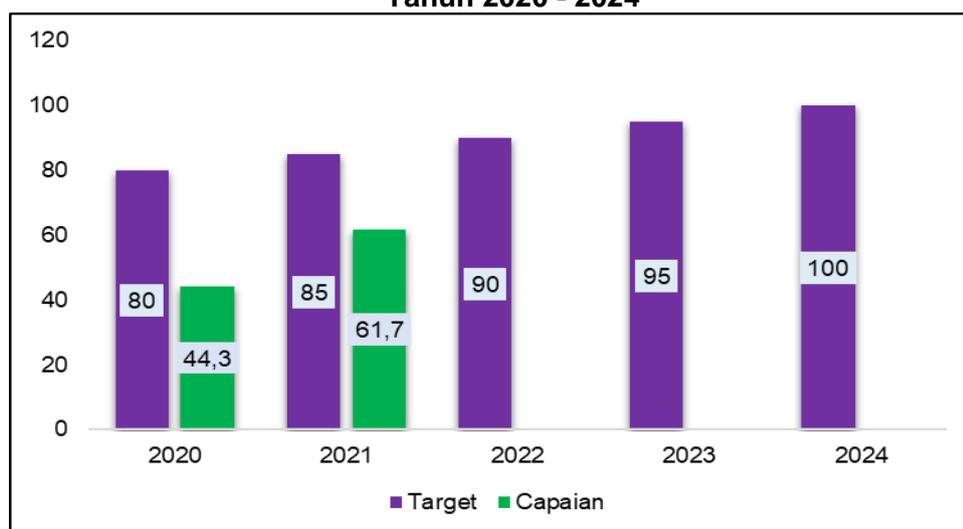
c. Rumus/cara perhitungan

$$\begin{array}{l}
 \text{Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan} \\
 = \frac{\text{Jumlah rekomendasi hasil kegiatan surveilans atau kajian/survei faktor risiko kesehatan berbasis laboratorium yang dilaksanakan/ ditindaklanjuti oleh B/BTKLPP dan stakeholder terkait sampai dengan 3 tahun sejak rekomendasi dikeluarkan}}{\text{Jumlah rekomendasi hasil kegiatan surveilans atau kajian/survei faktor risiko kesehatan berbasis laboratorium yang disampaikan kepada stakeholder terkait selama 3 tahun terakhir}} \times 100\%
 \end{array}$$

d. Capaian indikator

Sebanyak 2055 rekomendasi telah dikeluarkan oleh B/BTKLPP selama 3 tahun terakhir sejak tahun 2019-2021. Dari 2055 rekomendasi tersebut, telah dimanfaatkan sebanyak 1267 rekomendasi baik oleh B/BTKLPP sendiri maupun stakeholder lainnya sehingga capaian indikator ini sebesar 61,7%. Bila dibandingkan dengan target 85% maka indikator ini tidak tercapai dengan capaian kinerja sebesar 72%. Capaian persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.34
Target dan Capaian
Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan Tahun 2020 - 2024



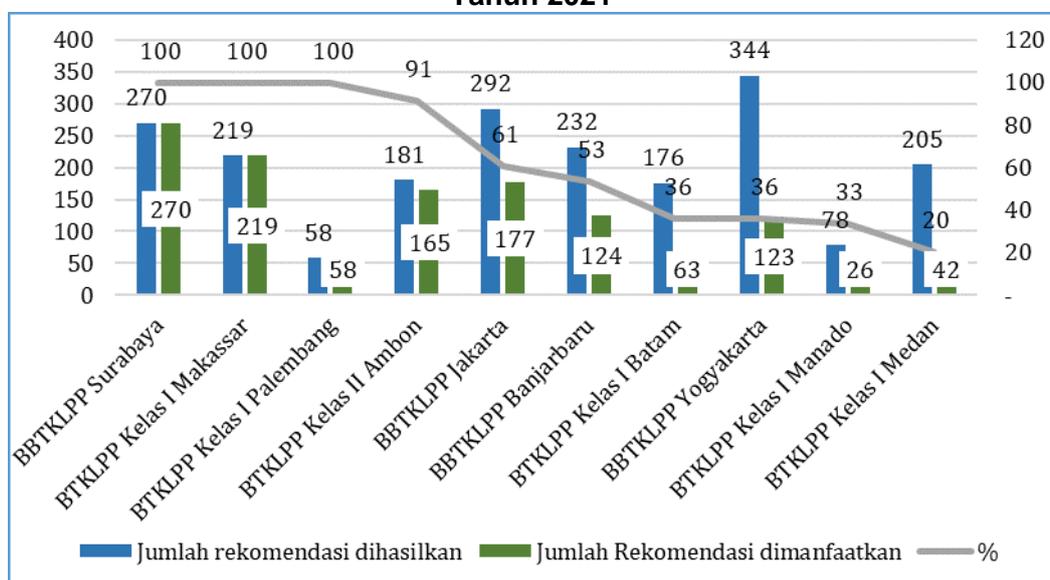
Sumber data : Data 10 BBTCLPP melalui google form, 2021

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa selama 2 tahun berturut-turut tahun 2020-2021, indikator ini tidak tercapai sehingga diperkirakan target pada tahun 2022-2024 tidak berjalan on track. Kondisi ini terjadi disebabkan oleh masih

miminnnya rekomendasi yang dimanfaatkan oleh stakeholder di wilayah kerja B/BTKLPP.

Dari 10 B/BTKLPP yang melaksanakan indikator ini sebanyak 3 B/BTKLPP telah mencapai target 100% sedangkan 7 satker lainnya capaian <100%. Target nasional yang ditetapkan adalah 85% sehingga dari grafik dibawah ini terlihat ada 4 B/BTKLPP yang mencapai target dan 5 lainnya tidak mencapai target nasional. B/BTKLPP yang tidak mencapai target adalah BBTCLPP Jakarta, Banjarbaru, Yogyakarta, BTKL Batam, Manado dan BTKL Medan. Secara lengkap dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.35
Persentase capaian rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan Tahun 2021



Sumber data : Data 10 BBTCLPP melalui google form, 2021

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Pada 4 B/BTKLPP target indikator ini tercapai dan pada 6 satker lainnya tidak tercapai, meskipun demikian secara total indikator ini tidak tercapai, hal ini disebabkan oleh:

- 1) Pandemi COVID-19 berakibat terhadap pembatalan kegiatan sehingga rekomendasi tidak dapat ditindaklanjuti sesuai rencana.
- 2) Sebagian stakeholders di daerah memiliki kebijakan dan prioritas masing-masing, terutama penganggaran, sehingga pemanfaatan rekomendasi yang diterbitkan bukan sebagai kewajiban yang harus dilakukan oleh *stakeholder*.

Beberapa pembelajaran baik terhadap rekomendasi yang dimanfaatkan BTKL adalah adanya koordinasi yang baik antara BTKLPP dengan stakeholder sehingga rekomendasi yang disampaikan dapat dimanfaatkan oleh stakeholder sebagai berikut:

1. Komitmen dan dukungan dari Dinas Pendidikan Kabupaten Bekasi, Kantor Kementerian Agama Kabupaten Bekasi, Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi, dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat sehingga pelaksanaan Survei Evaluasi Penularan (TAS) Filariasis dapat dilaksanakan dalam keadaan Pandemi COVID-19.
2. Dukungan dari Pemda dan Dinas Kesehatan Kabupaten Garut dan Kab. Tasikmalaya dalam melaksanakan Eliminasi Malaria.
3. Kerjasama yang baik dan sinergis dengan Dinkes Kabupaten Pandeglang terkait Pengembangan Kemampuan Pemeriksaan TCM TB, dimana pihak daerah juga sedang lebih menggiatkan capaian penemuan kasus TB, sehingga masukan dan saran dari BBTCLPP Jakarta sejalan dengan solusi masalah yang mereka laksanakan.

f. Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator

1. Meningkatkan jejaring, advokasi, koordinasi dan sinkronisasi terkait pelaksanaan teknis tindak lanjut terhadap rekomendasi.
2. Meningkatkan kualitas rekomendasi (surveilans berbasis laboratorium) agar peningkatan pemanfaatan dapat dicapai.
3. Meningkatkan kecepatan dan ketepatan waktu penyampaian rekomendasi yang telah diterbitkan kepada *stakeholder*
4. Menyampaikan rekomendasi yang perlu ditindaklanjuti dengan metode penyampaian (advokasi) yang lebih praktis, mudah diakses dan dipahami baik melalui surat, WA, dan/atau forum sosialisasi/diseminasi informasi hasil kegiatan disesuaikan dengan kondisi sasaran.
5. Monitoring pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi.
6. Peningkatan kapasitas staf B/BTKLPP untuk menghasilkan SDM yang kompeten.

h. Kendala/Masalah yang Dihadapi

Dalam mencapai target indikator ditemukan beberapa kendala dan permasalahan yang dialami B/BTKLPP yakni:

- 1) Belum semua kegiatan terdapat monitoring dan evaluasi sehingga pemantauan terhadap tindaklanjut hasil rekomendasi pada stakeholder belum optimal.
- 2) Kurangnya koordinasi antar lintas sektor terkait dengan pengambil kebijakan tertinggi pada pemerintah daerah setempat atas tindak lanjut rekomendasi yang disampaikan.
- 3) Tidak adanya dokumentasi bukti pemanfaatan untuk rekomendasi yang lama.
- 4) Pandemi COVID-19 masih berlangsung sehingga semua sumber daya, baik SDM, sarana, prasarana terfokus untuk pelaksanaan pengendalian COVID-19, sehingga beberapa rekomendasi yang sudah dihasilkan belum dapat dimanfaatkan.
- 5) Anggaran kegiatan untuk kegiatan untuk monitoring dan evaluasi tindaklanjut pemanfaatan rekomendasi belum dianggarkan dengan optimal.

i. Pemecahan Masalah

Terhadap permasalahan yang ditemukan dalam pelaksanaan kegiatan, BBTCLPP melakukan pemecahan masalah sebagai berikut:

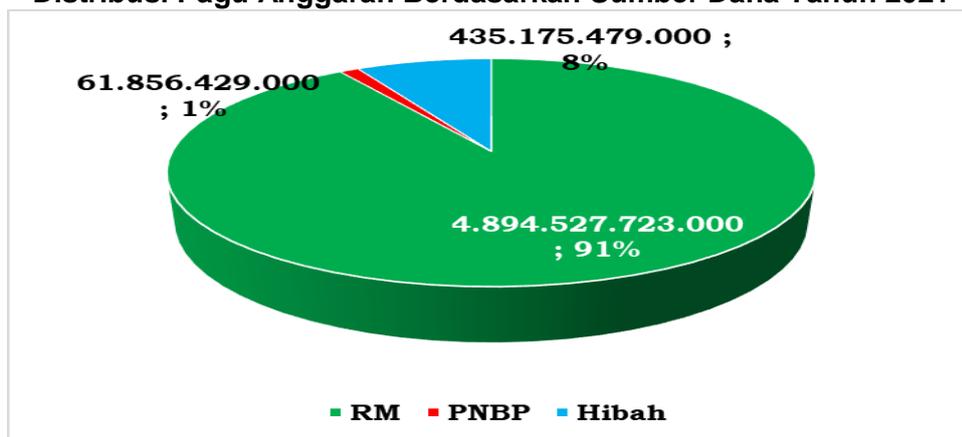
- 1) Meningkatkan koordinasi dan jejaring dengan LPLS dalam melaksanakan kegiatan terkait dengan tindak lanjut yang telah direkomendasikan sehingga terjadi kesinambungan kegiatan.
- 2) Melakukan pemetaan awal terhadap hasil pelaksanaan kegiatan surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium;
- 3) Melakukan monitoring evaluasi setelah pelaksanaan kegiatan untuk mengetahui tindak lanjut yang telah dilaksanakan, termasuk umpan balik secara tertulis.
- 4) Bekerja sama dengan instansi lain yang diluar dinas Kesehatan seperti otoritas bandara sehingga mengetahui tindak lanjut yang telah dilaksanakan.

B. REALISASI ANGGARAN

1. Realisasi Anggaran Ditjen P2P

Pagu awal anggaran Ditjen P2P Tahun Anggaran 2021 adalah 3.923.155.155.000, kemudian dilakukan revisi DIPA sehingga pagu akhir menjadi Rp. 5.391.559.631.000. Anggaran tersebut terdistribusi di Kantor Pusat sebesar Rp. 3.825.965.207.000 (71%), Kantor Daerah sebesar Rp. 1.324.231.416.000 (25%) dan Dekonsentrasi Dinas Kesehatan Provinsi sebesar Rp. 241.363.008.000 (4%). Sebanyak 91% anggaran Ditjen P2P berasal dari Rupiah Murni, 1% dari PNBP dan 8% dari Hibah Langsung Dalam dan Luar Negeri. Secara lengkap distribusi pagu anggaran Ditjen P2P berdasarkan sumber dana terlihat dalam grafik dibawah ini:

Grafik 3.36
Distribusi Pagu Anggaran Berdasarkan Sumber Dana Tahun 2021



Sumber data : Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kemenkeu per 19 Januari 2022

Adapun realisasi anggaran Ditjen P2P pada tahun 2021 adalah Rp. 5.238.456.718.094 atau sebesar 97,16% dari pagu anggaran Rp. 5.391.559.631.000. Realisasi tertinggi pada Kantor Pusat yakni 97,68% dan terendah pada Dekonsentrasi yakni 90,8%. Secara lengkap pada tabel berikut ini:

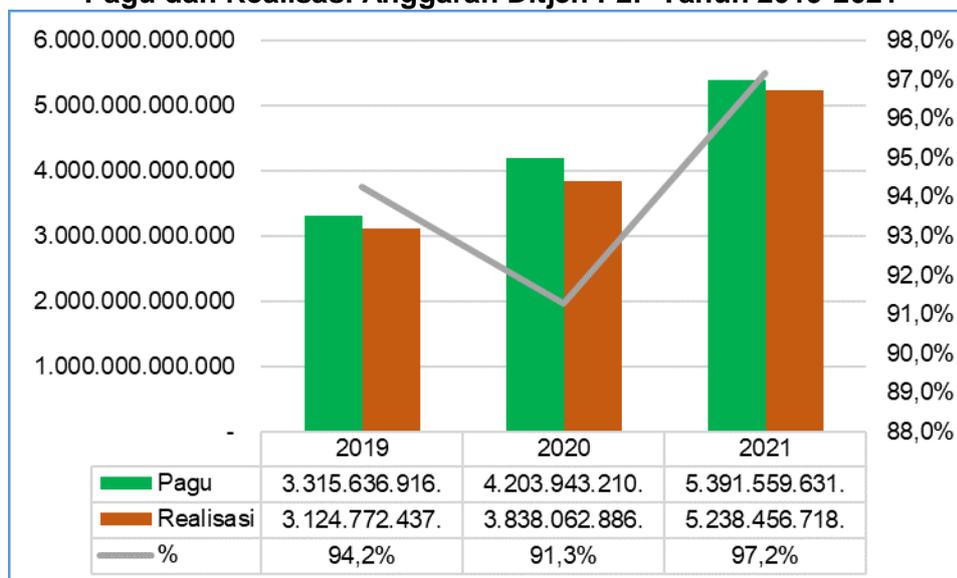
Tabel 3.7
Realisasi Anggaran Berdasarkan Kewenangan
Tahun 2021

No	Jenis Kewenangan	Pagu	Real	%
1	Kantor Pusat	3.825.965.207.000	3.737.279.478.156	97,68
2	Kantor Daerah	1.324.231.416.000	1.282.019.900.823	96,81
3	Dekonsentrasi	241.363.008.000	219.157.339.115	90,80
Jumlah		5.391.559.631.000	5.238.456.718.094	97,16

Sumber data : Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kemenkeu per 19 Januari 2022

Bila dibandingkan dengan target realisasi anggaran yakni 95% maka realisasi anggaran Ditjen P2P telah melebihi target. Bila dibandingkan realisasi anggaran Ditjen P2P selama 3 tahun terakhir, maka dalam grafik dibawah ini terlihat bahwa anggaran Ditjen P2P meningkat dari tahun 2019 ke 2021 sedangkan realisasi fluktuatif dengan realisasi tertinggi pada tahun 2021 dan terendah pada tahun 2020.

Grafik 3.37
Pagu dan Realisasi Anggaran Ditjen P2P Tahun 2019-2021



Sumber : LAKIP Ditjen P2P, 2019-2021

Bila dilihat realisasi anggaran per jenis belanja maka realisasi tertinggi pada belanja pegawai (97,65%), kemudian belanja modal (97,29%) dan realisasi terendah pada belanja barang (97,10%), seperti pada grafik berikut ini:

Tabel 3.8
Realisasi Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2021

No	Sumber Dana	Pagu	Real	%
1	BELANJA PEGAWAI	548.755.073.000	535.885.079.053	97,65
2	BELANJA BARANG	4.630.533.095.000	4.496.057.840.330	97,10
3	BELANJA MODAL	212.271.463.000	206.513.798.711	97,29
Jumlah		5.391.559.631.000	5.238.456.718.094	97,16

Sumber data : Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kemenkeu per 19 Januari 2022

Bila dilihat realisasi anggaran Ditjen P2P berdasarkan sumber dana maka terlihat bahwa realisasi tertinggi pada Rupiah Murni (97,87%), kemudian PNBPN (92,12%), Hibah Langsung Luar Negeri (89,87%) dan terendah realisasi Hibah Langsung Dalam Negeri (84,65%)

Tabel 3.9
Realisasi Anggaran Berdasarkan Sumber Dana Tahun 2021

No	Sumber Dana	Pagu	Real	%
1	RUPIAH MURNI	4.894.527.723.000	4.790.418.381.420	97,87
2	PENERIMAAN NEGARA BUKAN PAJAK	61.856.429.000	56.982.135.976	92,12
3	HIBAH LANGSUNG DALAM NEGERI	805.750.000	682.040.064	84,65
4	HIBAH LANGSUNG LUAR NEGERI	434.369.729.000	390.374.160.634	89,87
Jumlah		5.391.559.631.000	5.238.456.718.094	97,16

Sumber data : Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara Kemenkeu per 19 Januari 2022

2. Realisasi Anggaran Dekonsentrasi

Dinas Kesehatan Provinsi sebagai satker penerima dana dekonsentrasi tahun 2021 telah melaksanakan kegiatan dengan total realisasi anggaran Rp. 219.157.339.115 dari pagu Rp. 241.363.008.000 atau sebesar 90,8%. Realisasi tertinggi pada satker Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau (99,89%) dan terendah pada Dinas Kesehatan Provinsi Papua (74,2%). Realisasi rendah pada Dinas Kesehatan Provinsi Papua disebabkan oleh karena penunjukkan bendahara pengeluaran terlambat yakni baru pada bulan Juni 2021, sehingga menyebabkan kegiatan terlambat dilaksanakan. Secara lengkap realisasi anggaran per Dinas Kesehatan Provinsi terlihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 3.10
Realisasi Anggaran Dinas Kesehatan Provinsi Tahun 2021

No	Dinas Kesehatan Provinsi	Pagu	Realisasi	%
1	Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau	4.963.872.000	4.958.169.725	99,89%
2	Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara	4.850.850.000	4.835.845.600	99,69%
3	Dinas Kesehatan Provinsi Lampung	5.940.082.000	5.805.337.500	97,73%
4	Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara	15.058.837.000	14.705.515.598	97,65%
5	Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo	6.767.313.000	6.589.700.697	97,38%
6	Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan	19.712.297.000	19.178.910.835	97,29%
7	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah	9.695.502.000	9.433.135.600	97,29%
8	Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur	4.995.206.000	4.797.483.748	96,04%
9	Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara	6.835.664.000	6.553.000.800	95,86%
10	Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah	11.496.499.000	11.005.329.111	95,73%
11	Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara	8.580.124.000	8.181.604.575	95,36%

No	Dinas Kesehatan Provinsi	Pagu	Realisasi	%
12	Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan	16.139.234.000	15.314.835.770	94,89%
13	Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat	7.036.883.000	6.673.985.000	94,84%
14	Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat	12.195.312.000	11.419.235.680	93,64%
15	Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung	2.858.751.000	2.638.752.514	92,30%
16	Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara	4.934.426.000	4.498.770.950	91,17%
17	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat	9.942.586.000	9.058.329.052	91,11%
18	Dinas Kesehatan Provinsi DI. Yogyakarta	2.303.753.000	2.094.089.400	90,90%
19	Dinas Kesehatan Provinsi Jambi	6.435.449.000	5.804.956.951	90,20%
20	Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat	5.224.484.000	4.705.239.150	90,06%
21	Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu	6.508.799.000	5.778.761.065	88,78%
22	Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur	4.985.123.000	4.329.474.700	86,85%
23	Dinas Kesehatan Provinsi Riau	4.218.634.000	3.615.510.200	85,70%
24	Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah	3.761.587.000	3.215.364.100	85,48%
25	Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat	5.323.816.000	4.449.421.761	83,58%
26	Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta	2.726.633.000	2.245.298.500	82,35%
27	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	16.536.293.000	13.413.465.624	81,12%
28	Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan	5.526.626.000	4.278.301.070	77,41%
29	Dinas Kesehatan Provinsi Aceh	3.181.497.000	2.461.339.200	77,36%
30	Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat	3.769.206.000	2.911.272.078	77,24%
31	Dinas Kesehatan Provinsi Banten	3.570.332.000	2.749.218.500	77,00%
32	Dinas Kesehatan Provinsi Maluku	3.218.675.000	2.454.141.109	76,25%
33	Dinas Kesehatan Provinsi Bali	2.876.782.000	2.182.878.200	75,88%
34	Dinas Kesehatan Provinsi Papua	9.191.881.000	6.820.664.752	74,20%

Sumber data : E Monev DJA per 27 Januari 2022

3. Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja

Data realisasi anggaran per indikator kinerja yang menjadi target dalam RAP Ditjen P2P, diperoleh dari hasil rekapan pemantauan e monev Bappenas tahun 2021 dan laporan setiap substansi. Data realisasi tersebut merupakan akumulasi antara realisasi pada kantor pusat dan dekonsentrasi sedangkan realisasi UPT dihitung tersendiri sesuai dengan indikator. Pada tabel berikut ini digambarkan bahwa

realisasi anggaran tertinggi pada indikator Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan yakni sebesar 95,9% dan realisasi terendah pada indikator Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan yakni sebesar 58,1%. Secara lengkap realisasi anggaran per indikator dapat digambarkan sebagai berikut:

Tabel 3.11
Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja Tahun 2021

No	Indikator Kinerja Program	Pagu	Realisasi	%
1	Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)	271.935.882.000	226.454.044.517	83,3%
2	Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate)	1.242.910.432.000	1.096.351.122.204	88,2%
3	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	103.939.564.000	86.197.571.063	82,9%
4	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta	20.735.598.000	17.417.432.990	84%
5	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	19.020.344.000	17.033.337.864	89,6%
6	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun	3.964.115.000	2.948.625.216	74,4%
7	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM	97.438.969.000	89.365.517.812	92,7%
8	Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan	311.739.205.000	181.187.481.622	58,1%
9	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza	49.339.634.000	42.204.117.255	85,5%
10	Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	36.045.000.000	33.400.015.216	92,7%
12	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan	3.310.478.000	2.567.086.272	77,5%
13	Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan	196.414.063.500	181.718.095.692	92,5%

14	Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan	388.925.302.000	373.039.747.209	95,9%
----	--	-----------------	-----------------	-------

Sumber Data : Rekapitulasi E Monev Bappenas per 29 Januari 2022 dan Laporan Substansi

Tahun 2021 terjadi beberapa kali efisiensi dan refocusing anggaran untuk pengendalian pandemi COVID-19 sehingga beberapa kegiatan tidak berjalan optimal karena hanya memanfaatkan sisa anggaran yang tidak di refocusing. Hal ini menyebabkan terjadi ketidaksesuaian (tidak linear) antara capaian kinerja dengan realisasi anggaran seperti yang digambarkan dalam grafik berikut ini:

Tabel 3.12
Pembandingan Realisasi Anggaran dan Capaian Kinerja Tahun 2021

No	Indikator Kinerja Program	Capaian Kinerja	Realisasi Anggaran
1	Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)	62,2%	83,3%
2	Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate)	92,2%	88,2%
3	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	100,6%	82,9%
4	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta	95,2%	84%
5	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	77,4%	89,6%
6	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun	94%	74,4%
7	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM	248%	92,7%
8	Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan	56,9%	58,1%
9	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza	86,05%	85,5%
10	Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	100%	92,7%
11	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan	58,7%	77,5%
12	Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan	112,2%	92,5%
13	Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan	72,3%	95,9%

Sumber : Rekapitulasi E Monev Bappenas per 29 Januari 2022 dan Laporan Substansi

Berdasarkan tabel diatas terlihat perbandingan antara capaian kinerja dengan anggaran yang dipergunakan yakni:

1. Pada indikator Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART), capaian indikator tercapai 62,2% dengan realisasi anggaran sebesar 83,3%. Capaian indikator lebih rendah daripada realisasi anggaran dengan gap sebesar 21,1%
2. Capaian kinerja indikator persentase angka kelahiran pengobatan TBC tercapai 92,2% dengan anggaran 88,2%. Data ini masih bersifat sementara dan bila melihat tren capaian tahun 2017-2020 sebesar 83% - 87% maka dapat disimpulkan capaian kinerja masih linear dengan realisasi anggaran.
3. Capaian kinerja indikator Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria tercapai 100,6% dengan anggaran sebesar 82,9%, maka dapat disimpulkan capaian kinerja lebih tinggi dari realisasi anggaran.
4. Kinerja indikator Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta tercapai 95,2% dengan realisasi anggaran sebesar 84% sehingga capaian kinerja lebih tinggi dari realisasi anggaran.
5. Indikator jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi tercapai 77,4% dengan realisasi anggaran sebesar 89,6%. Realisasi anggaran lebih besar daripada capaian kinerja dengan gap sebesar 12,2%. Hal ini terjadi karena adanya efisiensi pengadaan alat dan bahan. Selain itu, pandemi Covid-19 menyebabkan sekolah belum melaksanakan pembelajaran tatap muka dan belum keluarnya rekomendasi penggunaan *Brugia Rapid Test* sehingga kegiatan tidak berjalan optimal. Realisasi anggaran tinggi karena sudah dibandingkan dengan total anggaran yang diefisiensi sementara kinerja hanya bisa dilakukan dengan memaksimalkan anggaran yang tersedia.
6. Pada indikator jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun, tercapai kinerja 94% dengan anggaran 74,4% sehingga capaian kinerja lebih tinggi daripada realisasi anggaran.
7. Pada indikator jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM, tercapai 248% dengan anggaran 92,7%. Capaian kinerja yang tinggi didukung oleh realisasi anggaran yang tinggi. Capaian melebihi target karena perhitungan capaian kinerja dihitung berdasarkan kumulatif capaian dari beberapa tahun sebelumnya.
8. Pada indikator Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan, capaian kinerja sebesar 56,9% dengan realisasi anggaran sebesar 58,1%. Capaian kinerja yang rendah didukung dengan realisasi anggaran yang rendah.
9. Pada indikator Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza, capaian kinerja (86,05%) linear dengan realisasi anggaran (85,5%)

10. Indikator Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM tercapai 100% dengan anggaran sebesar 92,7% sehingga capaian kinerja lebih tinggi dengan realisasi anggaran.
11. Pada indikator Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan, capaian kinerja sebesar 58,7% tetapi realisasi anggaran 77,5%. Capaian kinerja lebih rendah daripada realisasi anggaran dengan gap sebesar 18,8%.
12. Indikator Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan telah tercapai 112,2% dengan anggaran 92,5% sehingga capaian kinerja lebih tinggi dengan realisasi anggaran.
13. Indikator Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan tercapai 72,3% dengan 95,9%. Capaian kinerja lebih rendah daripada realisasi anggaran disebabkan sebagian besar lintas sektor belum memanfaatkan rekomendasi yang dikeluarkan oleh B/BTKLPP meskipun kegiatan untuk memperoleh kajian dan rekomendasi telah dilaksanakan.

C. EFISIENSI SUMBER DAYA

Berdasarkan PMK No. 214/PMK.02/2017 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan Rencana dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
 PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
 RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
 CKi : Capaian Keluaran

Nilai efisiensi diperoleh dengan asumsi bahwa miniman efisiensi yang dicapai sebesar -20% dan nilai paling tinggi sebesar 20%. Oleh karena itu dilakukan transformasi skala efisiensi agar diperoleh skala nilai yang berkisar 0% sampai 100% dengan rumus sebagai berikut:

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

Keterangan:

NE : Nilai Efisiensi

E : Efisiensi

Jika efisiensi diperoleh lebih dari 20%, maka NE yang digunakan dalam perhitungan adalah nilai skala maksimal (100%) dan jika efisiensi yang diperoleh kurang dari -20%, maka NE yang digunakan adalah skala minimal 0%. Dari hasil perhitungan tersebut, diperoleh Nilai Efisiensi sebagai berikut:

Tabel 3.13
Nilai Efisiensi Per Indikator Kinerja
Tahun 2021

No	Indikator	Pagu Anggaran Keluaran (PAK)	Realisasi Anggaran Keluaran (CAK)	Capaian Keluaran (CK)	Efisiensi	Nilai Efisiensi
1.	Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)	271.935.882.000	226.454.044.517	0,622	-0,34	-35%
2.	Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate)	1.242.910.432.000	1.096.351.122.204	0,922	0,04	61%
3.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	103.939.564.000	86.197.571.063	1,006	0,18	94%
4.	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta	20.735.598.000	17.417.432.990	0,952	0,12	79%
5.	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	19.020.344.000	17.033.337.864	0,774	-0,16	11%
6.	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun	3.964.115.000	2.948.625.216	0,940	0,21	102%
7.	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM	97.438.969.000	89.365.517.812	2,480	0,63	208%
8.	Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan	311.739.205.000	181.187.481.622	0,569	-0,02	0%
9.	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza	49.339.634.000	42.204.117.255	0,861	0,01	51%
10.	Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	36.045.000.000	33.400.015.216	1,000	0,07	68%
11.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan	3.310.478.000	2.567.086.272	0,587	-0,32	-30%

No	Indikator	Pagu Anggaran Keluaran (PAK)	Realisasi Anggaran Keluaran (CAK)	Capaian Keluaran (CK)	Efisiensi	Nilai Efisiensi
12.	Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan	196.414.063.500	181.718.095.692	1,122	0,18	94%
13.	Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan	388.925.302.000	373.039.747.209	0,723	-0,33	-32%

Sumber Data : Rekapitulasi E Monev Bappenas per 29 Januari 2022 dan Laporan Substansi

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa terdapat 4 indikator yang tidak berjalan efisien yakni pada indikator Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART), Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan, Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan dan Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan dengan nilai efisiensi dibawah -20 sehingga dapat disimpulkan tidak terjadi efisiensi (0%) sedangkan 9 indikator lainnya nilai efisiensi diatas 20% atau berada pada skala maksimal 100%. Nilai efisiensi tertinggi pada indikator Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM (208%) sedangkan yang terendah pada indikator Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART) yakni sebesar -35%.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Pencapaian kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun menunjukkan peningkatan pada tahun 2021. Berdasarkan Perjanjian Kinerja yang telah ditetapkan, IKP telah tercapai dengan rata-rata capaian kinerja sebesar 96,4%. Pencapaian kinerja tahun 2021 (96,4%) lebih tinggi dari tahun 2020 (69,3%) dengan peningkatan capaian sebesar 39,1%.
2. Terdapat 3 indikator yang melebihi target yang ditetapkan, 1 indikator mencapai target 100% sedangkan 9 indikator tidak mencapai target (<100%). Pencapaian kinerja tertinggi pada indikator Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM sedangkan capaian terendah pada indikator Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan. Pandemi COVID-19 yang masih berlangsung masih menjadi tantangan SDM di daerah untuk penanggulangan dan pengendalian yang berdampak pada tidak optimalnya pelaksanaan kegiatan lain karena SDM daerah difokuskan untuk pelaksanaan vaksinasi.
3. Berdasarkan penyerapan dan pengukuran kinerja anggaran tahun 2021, kinerja anggaran Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit realisasi anggaran mencapai 97,16%, dengan realisasi 5.238.456.718.094 dari pagu total sebesar Rp. 5.391.559.631.000.
4. Realisasi tertinggi pada Kantor Pusat yakni 97,68%, kemudian UPT sebesar 96,81% dan realisasi terendah terendah pada Dekonsentrasi yakni 90,8%.

B. TINDAK LANJUT

Berikut ini Rencana Tindak Lanjut yang akan dilaksanakan oleh Ditjen P2P yakni:

1. Tahun 2021 telah disusun Transformasi Sistem Kesehatan tahun 2021-2024 yang memuat 6 pilar transformasi dengan 3 kategori program utama yaitu transformasi layanan primer, transformasi layanan rujukan dan transformasi sistem ketahanan Kesehatan. Adanya Transformasi Sistem Kesehatan ini merubah fokus dan indikator kinerja mulai dari indikator kinerja strategis, indikator kinerja program dan indikator kinerja kegiatan. Mulai tahun 2021-2022, Ditjen P2P terlibat dalam proses revisi Renstra Kementerian Kesehatan untuk penyesuaian pada Transformasi Sistem Kesehatan. Revisi Renstra akan menjadi rujukan Ditjen P2P untuk menyusun revisi RAP tahun 2022.
2. Target Indikator Kinerja Program yang belum tercapai tahun 2021, akan terus dipantau pencapaiannya pada tahun 2022-2024. Pelaksanaan program dan kegiatan selain pengendalian COVID-19 akan dipastikan pelaksanaannya dan semua pimpinan dan pemegang program terlibat untuk memastikan kegiatan terlaksana dan capaian indikator kinerja program tercapai.

3. Pemantauan dan pengendalian Rencana Operasional Kegiatan akan dilakukan secara berkala dan selektif untuk memastikan seluruh kegiatan *on track* dengan perencanaan.
4. Berkordinasi dengan Organisasi Perangkat Daerah (OPD) dan berkontribusi untuk menyelesaikan masalah program kesehatan di daerah, menyusun rencana kegiatan secara terpadu.

Direktorat Jenderal P2P selalu berupaya untuk memberikan alternatif solusi terhadap seluruh masalah penyakit guna mencegah, mengendalikan berbagai penyakit menular dan penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik yang bersifat endemis, pandemi, potensial menimbulkan wabah, maupun antisipasi terhadap munculnya penyakit baru. Demikian Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2021 disusun sebagai bahan masukan untuk penyusunan perencanaan tahun 2022.

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN PENYAKIT**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

Jabatan : Plt. Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Budi G. Sadikin

Jabatan : Menteri Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, 28 Januari 2021

Pihak Kedua,

Pihak Pertama 



Budi G. Sadikin



Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS
NIP 196405201991031003

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021
DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN PENYAKIT

No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Menurunnya penyakit menular, penyakit tidak menular, serta meningkatnya kesehatan jiwa	1. Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)	45%
		2. Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate)	90%
		3. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	345 kab/kota
		4. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta	436 kab/kota
		5. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	93 kab/kota
		6. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun	100 kab/kota
		7. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM	129 kab/kota
		8. Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan	83,8%
		9. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza	380 kab/kota
		10. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	65%
		11. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan	172 kab/kota
		12. Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan	89%
		13. Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan	85%

Program	Anggaran
1. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	Rp. 2.943.742.053.000
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 979.413.102.000

Jakarta, 28 Januari 2021

Pihak Kedua,



Budi G. Sadikin

Pihak Pertama, 



Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS
NIP 196405201991031003

Realisasi Anggaran Ditjen P2P TA 2021 Per Satker Per Jenis Belanja
Data s.d 31 Desember 2021

No	Kd-Satker	Satker	Kw	Belanja Pegawai (51)			Belanja Barang (52)			Belanja Modal (53)			Total Belanja		
				Pagu	Real	%	Pagu	Real	%	Pagu	Real	%	Pagu	Real	%
1	329018	DINKES PROV. KEPULAUAN RIAU	DK	-	-	-	4.963.872.000	4.958.169.725	99,89	-	-	-	4.963.872.000	4.958.169.725	99,89
2	209003	DINKES PROV. SULAWESI TENGGARA	DK	-	-	-	4.850.850.000	4.835.845.600	99,69	-	-	-	4.850.850.000	4.835.845.600	99,69
3	560127	BBTKL-PP SURABAYA	KD	12.121.279.000	11.936.640.489	98,48	109.982.733.000	109.695.245.162	99,74	896.074.000	895.832.750	99,97	123.000.086.000	122.527.718.401	99,62
4	449978	KKP KELAS III GORONTALO	KD	4.458.179.000	4.415.305.401	99,04	4.543.375.000	4.538.823.920	99,90	3.244.450.000	3.243.136.200	99,96	12.246.004.000	12.197.265.521	99,60
5	415780	KKP KELAS III JAMBI	KD	7.716.192.000	7.688.526.976	99,64	3.672.906.000	3.615.404.106	98,43	3.100.000.000	3.097.989.510	99,94	14.489.098.000	14.401.920.592	99,40
6	415831	KKP KELAS II BALIKPAPAN	KD	8.005.840.000	7.962.312.382	99,46	7.392.272.000	7.313.912.330	98,94	2.048.000.000	2.047.430.000	99,97	17.446.112.000	17.323.654.712	99,30
7	416120	KKP KELAS I SURABAYA	KD	13.035.111.000	12.817.814.304	98,33	22.063.497.000	21.982.299.295	99,63	3.042.000.000	3.039.289.000	99,91	38.140.608.000	37.839.402.599	99,21
8	621911	BTKL-PP KELAS I PALEMBANG	KD	8.547.655.000	8.439.620.268	98,74	21.419.886.000	21.254.472.934	99,23	1.547.303.000	1.547.302.534	100,00	31.514.844.000	31.241.395.736	99,13
9	415969	KKP KELAS II PROBOLINGGO	KD	6.861.087.000	6.777.784.115	98,79	5.713.946.000	5.645.137.963	98,80	2.582.237.000	2.562.235.546	99,23	15.157.270.000	14.985.157.624	98,86
10	416063	KKP KELAS III SORONG	KD	3.936.417.000	3.918.530.621	99,55	4.610.503.000	4.509.207.233	97,80	3.492.000.000	3.449.906.000	98,79	12.038.920.000	11.877.643.854	98,66
11	415686	BBTKL-PP YOGYAKARTA	KD	13.768.150.000	13.708.196.405	99,56	60.426.015.000	59.299.210.037	98,14	11.349.518.000	11.349.457.440	100,00	85.543.683.000	84.356.863.882	98,61
12	613132	BTKL-PP KELAS I MAKASSAR	KD	8.092.381.000	7.795.290.538	96,33	29.828.525.000	29.485.757.508	98,85	7.511.200.000	7.480.760.141	99,59	45.432.106.000	44.761.808.187	98,52
13	559950	BBTKL-PP JAKARTA	KD	12.177.518.000	11.991.983.787	98,48	51.076.418.000	50.269.172.979	98,42	6.204.008.000	6.152.332.086	99,17	69.457.944.000	68.413.488.852	98,50
14	416094	KKP KELAS II PALEMBANG	KD	9.936.003.000	9.910.100.850	99,74	6.111.705.000	5.884.810.053	96,29	503.644.000	502.706.440	99,81	16.551.352.000	16.297.617.343	98,47
15	465858	DIREKTORAT SURKARKES	KP	-	-	-	1.936.480.991.000	1.905.946.000.003	98,42	3.141.473.000	2.825.781.823	89,95	1.939.622.464.000	1.908.771.781.826	98,41
16	416010	KKP KELAS II AMBON	KD	6.765.839.000	6.618.739.525	97,83	7.623.624.000	7.523.425.665	98,69	772.000.000	751.860.000	97,39	15.161.463.000	14.894.025.190	98,24
17	415825	KKP KELAS II SAMARINDA	KD	8.118.557.000	7.821.488.590	96,34	5.780.869.000	5.718.958.957	98,93	3.545.950.000	3.544.264.983	99,95	17.445.376.000	17.084.712.530	97,93
18	415887	KKP KELAS II MATARAM	KD	9.990.870.000	9.975.958.330	99,85	5.356.705.000	5.034.567.662	93,99	3.701.000.000	3.639.404.985	98,34	19.048.575.000	18.649.930.977	97,91
19	416088	KKP KELAS I MEDAN	KD	14.202.934.000	13.908.138.487	97,92	10.584.204.000	10.297.763.708	97,29	3.075.218.000	3.050.750.704	99,20	27.862.356.000	27.256.652.899	97,83
20	415913	KKP KELAS II PEKANBARU	KD	8.304.859.000	8.199.772.334	98,73	5.755.619.000	5.539.554.433	96,25	1.205.909.000	1.184.846.000	98,25	15.266.387.000	14.924.172.767	97,76
21	129008	DINKES PROV. LAMPUNG	DK	-	-	-	5.940.082.000	5.805.337.500	97,73	-	-	-	5.940.082.000	5.805.337.500	97,73
22	416041	KKP KELAS III BIAK	KD	3.069.198.000	3.033.567.263	98,84	5.853.057.000	5.681.471.250	97,07	454.800.000	446.680.000	98,21	9.377.055.000	9.161.718.513	97,70
23	079022	DINKES PROV. SUMATERA UTARA	DK	-	-	-	15.058.837.000	14.705.515.598	97,65	-	-	-	15.058.837.000	14.705.515.598	97,65
24	415981	KKP KELAS II BANJARMASIN	KD	8.983.515.000	8.707.081.855	96,92	6.064.473.000	5.947.670.687	98,07	1.915.551.000	1.908.085.000	99,61	16.963.539.000	16.562.837.542	97,64
25	415819	KKP KELAS III SAMPIT	KD	4.627.143.000	4.581.526.456	99,01	2.666.024.000	2.533.630.696	95,03	178.500.000	169.770.000	95,11	7.471.667.000	7.284.927.152	97,50
26	415907	KKP KELAS II PADANG	KD	7.841.920.000	7.728.557.143	98,55	4.034.479.000	3.866.559.462	95,84	922.880.000	883.421.882	95,72	12.799.279.000	12.478.538.487	97,49
27	415856	KKP KELAS III POSO	KD	4.807.659.000	4.766.470.994	99,14	3.683.409.000	3.465.440.430	94,08	2.028.000.000	2.022.483.240	99,73	10.519.068.000	10.254.394.664	97,48
28	613146	BBTKL-PP BANJARBARU	KD	9.274.717.000	9.190.091.615	99,09	13.248.591.000	12.732.013.337	96,10	3.155.645.000	3.101.123.200	98,27	25.678.953.000	25.023.228.152	97,45
29	465827	SEKRETARIAT DITJEN P2P	KP	74.018.849.000	73.392.717.209	99,15	53.914.502.000	51.316.908.272	95,18	2.915.963.000	2.729.253.050	93,60	130.849.314.000	127.438.878.531	97,39
30	415944	KKP KELAS III PANGKAL PINANG	KD	6.271.371.000	6.202.905.892	98,91	5.152.425.000	4.914.705.112	95,39	3.924.619.000	3.829.639.296	97,58	15.348.415.000	14.947.250.300	97,39
31	319008	DINKES PROV. GORONTALO	DK	-	-	-	6.767.313.000	6.589.700.697	97,38	-	-	-	6.767.313.000	6.589.700.697	97,38
32	465833	DIREKTORAT P2PML	KP	-	-	-	1.434.297.506.000	1.393.674.948.189	97,17	68.522.150.000	68.522.090.000	100,00	1.502.819.656.000	1.462.197.038.189	97,30
33	199003	DINKES PROV. SULAWESI SELATAN	DK	-	-	-	19.712.297.000	19.178.910.835	97,29	-	-	-	19.712.297.000	19.178.910.835	97,29
34	039024	DINKES PROV. JAWA TENGAH	DK	-	-	-	9.695.502.000	9.433.135.600	97,29	-	-	-	9.695.502.000	9.433.135.600	97,29
35	416139	KKP KELAS II MANADO	KD	6.453.181.000	6.109.090.027	94,67	6.119.767.000	6.045.231.251	98,78	3.009.500.000	3.002.275.000	99,76	15.582.448.000	15.156.596.278	97,27
36	621932	BTKL-PP KELS I AMBON	KD	5.832.235.000	5.749.146.659	98,58	18.230.642.000	17.668.363.253	96,92	1.765.186.000	1.658.937.168	93,98	25.828.063.000	25.076.447.080	97,09
37	415938	KKP KELAS I BATAM	KD	11.952.251.000	11.915.249.043	99,69	10.725.720.000	10.060.877.697	93,80	599.208.000	586.430.000	97,87	23.277.179.000	22.562.556.740	96,93
38	415737	KKP KELAS II CILACAP	KD	6.074.795.000	5.960.228.306	98,11	3.218.194.000	3.032.673.529	94,24	496.864.000	494.543.771	99,53	9.789.853.000	9.487.445.606	96,91
39	621928	BTKL-PP KELAS I MANADO	KD	5.904.306.000	5.762.884.588	97,60	22.711.093.000	21.953.148.792	96,66	-	-	-	28.615.399.000	27.716.033.380	96,86
40	416108	KKP KELAS I TANJUNG PRIOK	KD	15.870.322.000	15.147.577.831	95,45	13.168.624.000	12.977.404.476	98,55	1.311.593.000	1.271.652.500	96,95	30.350.539.000	29.396.634.807	96,86

No	Kd-Satker	Satker	Kw	Belanja Pegawai (51)			Belanja Barang (52)			Belanja Modal (53)			Total Belanja		
				Pagu	Real	%	Pagu	Real	%	Pagu	Real	%	Pagu	Real	%
41	416001	KKP KELAS II KENDARI	KD	7.724.257.000	7.578.045.474	98,11	5.707.083.000	5.305.590.185	92,97	4.020.177.000	4.005.597.724	99,64	17.451.517.000	16.889.233.383	96,78
42	613125	BTKL-PP KELAS I BATAM	KD	5.750.755.000	5.666.281.108	98,53	43.597.404.000	42.156.562.756	96,70	1.677.110.000	1.486.911.272	88,66	51.025.269.000	49.309.755.136	96,64
43	416145	KKP KELAS I MAKASSAR	KD	17.159.861.000	17.017.082.853	99,17	11.840.931.000	11.017.376.960	93,04	2.512.640.000	2.393.993.390	95,28	31.513.432.000	30.428.453.203	96,56
44	415799	KKP KELAS II PANJANG	KD	8.908.557.000	8.860.023.813	99,46	6.267.416.000	6.196.042.948	98,86	740.180.000	309.967.500	41,88	15.916.153.000	15.366.034.261	96,54
45	415752	KKP KELAS III DUMAI	KD	5.684.894.000	5.652.931.287	99,44	4.636.144.000	4.354.810.400	93,93	2.389.794.000	2.253.978.655	94,32	12.710.832.000	12.261.720.342	96,47
46	415774	KKP KELAS II TANJUNG PINANG	KD	6.839.647.000	6.544.608.722	95,69	6.587.271.000	6.383.027.195	96,90	889.500.000	873.258.400	98,17	14.316.418.000	13.800.894.317	96,40
47	040005	KKP KELAS IV YOGYAKARTA	KD	4.995.354.000	4.654.507.747	93,18	4.283.234.000	4.028.720.350	94,06	6.995.081.000	6.986.992.100	99,88	16.273.669.000	15.670.220.197	96,29
48	415871	KKP KELAS I DENPASAR	KD	14.252.297.000	14.113.666.273	99,03	12.180.391.000	11.282.584.296	92,63	1.661.386.000	1.653.415.000	99,52	28.094.074.000	27.049.665.569	96,28
49	416057	KKP KELAS III MERAUKE	KD	4.002.420.000	3.883.466.621	97,03	5.700.428.000	5.445.236.419	95,52	2.320.000.000	2.244.695.462	96,75	12.022.848.000	11.573.398.502	96,26
50	465889	DIREKTORAT P2PTM	KP	-	-	-	80.511.168.000	77.487.024.189	96,24	342.550.000	334.323.160	97,60	80.853.718.000	77.821.347.349	96,25
51	415893	KKP KELAS III BANDA ACEH	KD	9.568.857.000	9.410.526.808	98,35	5.274.207.000	4.783.320.379	90,69	2.267.227.000	2.267.223.043	100,00	17.110.291.000	16.461.070.230	96,21
52	465842	DIREKTORAT P2PTVZ	KP	-	-	-	126.276.574.000	121.249.098.831	96,02	2.120.160.000	2.120.160.000	100,00	128.396.734.000	123.369.258.831	96,08
53	239006	DINKES PROV. NUSA TENGGARA BARAT	DK	-	-	-	4.995.206.000	4.797.483.748	96,04	-	-	-	4.995.206.000	4.797.483.748	96,04
54	415721	KKP KELAS II SEMARANG	KD	10.895.420.000	10.352.371.354	95,02	9.922.016.000	9.637.149.013	97,13	1.200.862.000	1.155.347.200	96,21	22.018.298.000	21.144.867.567	96,03
55	513096	KKP KELAS III BENGKULU	KD	6.932.415.000	6.708.889.504	96,78	3.652.752.000	3.353.499.670	91,81	4.269.450.000	4.192.683.071	98,20	14.854.617.000	14.255.072.245	95,96
56	416114	KKP KELAS I SOEKARNO HATTA	KD	19.342.152.000	18.327.182.288	94,75	20.428.217.000	19.857.928.237	97,21	749.098.000	695.855.100	92,89	40.519.467.000	38.880.965.625	95,96
57	289002	DINKES PROV. MALUKU UTARA	DK	-	-	-	6.835.664.000	6.553.000.800	95,86	-	-	-	6.835.664.000	6.553.000.800	95,86
58	415712	KKP KELAS II BANDUNG	KD	8.374.927.000	8.344.385.717	99,64	10.856.587.000	10.069.635.064	92,75	1.676.000.000	1.610.413.940	96,09	20.907.514.000	20.024.434.721	95,78
59	415768	KKP KELAS III TEMBILAHAN	KD	4.686.557.000	4.556.316.647	97,22	3.305.522.000	3.092.207.241	93,55	479.120.000	464.600.000	96,97	8.471.199.000	8.113.123.888	95,77
60	189002	DINKES PROV. SULAWESI TENGAH	DK	-	-	-	11.496.499.000	11.005.329.111	95,73	-	-	-	11.496.499.000	11.005.329.111	95,73
61	415975	KKP KELAS II PONTIANAK	KD	9.126.355.000	8.776.799.936	96,17	10.495.956.000	9.915.550.490	94,47	932.000.000	930.081.000	99,79	20.554.311.000	19.622.431.426	95,47
62	179014	DINKES PROV. SULAWESI UTARA	DK	-	-	-	8.580.124.000	8.181.604.575	95,36	-	-	-	8.580.124.000	8.181.604.575	95,36
63	119014	DINKES PROV. SUMATERA SELATAN	DK	-	-	-	16.139.234.000	15.314.835.770	94,89	-	-	-	16.139.234.000	15.314.835.770	94,89
64	339034	DINKES PROV. PAPUA BARAT	DK	-	-	-	7.036.883.000	6.673.985.000	94,84	-	-	-	7.036.883.000	6.673.985.000	94,84
65	613111	BTKL-PP KELAS I MEDAN	KD	8.136.651.000	8.086.675.419	99,39	15.849.295.000	14.616.173.027	92,22	1.790.711.000	1.673.743.148	93,47	25.776.657.000	24.376.591.594	94,57
66	415922	KKP KELAS II TANJUNG BALAI KARIMUN	KD	5.417.421.000	5.337.568.496	98,53	4.334.534.000	4.194.889.218	96,78	684.130.000	253.770.000	37,09	10.436.085.000	9.786.227.714	93,77
67	249009	DINKES PROV. NUSA TENGGARA TIMUR	DK	-	-	-	12.195.312.000	11.419.235.680	93,64	-	-	-	12.195.312.000	11.419.235.680	93,64
68	415743	KKP KELAS III LHOK SEUMAWÉ	KD	4.084.941.000	3.910.277.429	95,72	4.311.104.000	3.806.346.736	88,29	1.911.819.000	1.911.818.312	100,00	10.307.864.000	9.628.442.477	93,41
69	415840	KKP KELAS III BITUNG	KD	5.062.405.000	4.712.124.597	93,08	3.750.539.000	3.708.420.356	98,88	1.600.000.000	1.197.494.410	74,84	10.412.944.000	9.618.039.363	92,37
70	309008	DINKES PROV. BANGKA BELITUNG	DK	-	-	-	2.858.751.000	2.638.752.514	92,30	-	-	-	2.858.751.000	2.638.752.514	92,30
71	449962	KKP KELAS III TERNATE	KD	6.085.392.000	5.989.149.445	98,42	3.848.208.000	3.236.436.771	84,10	2.026.400.000	1.771.430.003	87,42	11.960.000.000	10.997.016.219	91,95
72	415950	KKP KELAS II BANTEN	KD	8.173.463.000	7.752.745.490	94,85	6.052.714.000	5.711.296.079	94,36	3.837.763.000	3.121.324.384	81,33	18.063.940.000	16.585.365.953	91,81
73	415800	KKP KELAS III PALANGKARAYA	KD	4.826.777.000	4.566.122.609	94,60	4.219.217.000	3.693.224.947	87,53	161.500.000	161.257.500	99,85	9.207.494.000	8.420.605.056	91,45
74	417663	DINKES PROV. KALIMANTAN UTARA	DK	-	-	-	4.934.426.000	4.498.770.950	91,17	-	-	-	4.934.426.000	4.498.770.950	91,17
75	029017	DINKES PROV. JAWA BARAT	DK	-	-	-	9.942.586.000	9.058.329.052	91,11	-	-	-	9.942.586.000	9.058.329.052	91,11
76	049006	DINKES PROV. D.I. YOGYAKARTA	DK	-	-	-	2.303.753.000	2.094.089.400	90,90	-	-	-	2.303.753.000	2.094.089.400	90,90
77	109002	DINKES PROV. JAMBI	DK	-	-	-	6.435.449.000	5.804.956.951	90,20	-	-	-	6.435.449.000	5.804.956.951	90,20
78	340050	DINKES PROV. SULAWESI BARAT	DK	-	-	-	5.224.484.000	4.705.239.150	90,06	-	-	-	5.224.484.000	4.705.239.150	90,06
79	416026	KKP KELAS III KUPANG	KD	9.311.471.000	8.926.145.472	95,86	5.057.442.000	4.130.332.955	81,67	5.676.820.000	4.916.006.588	86,60	20.045.733.000	17.972.485.015	89,66
80	416072	KKP KELAS III MANOKWARI	KD	4.178.899.000	4.098.202.688	98,07	4.397.549.000	3.895.583.481	88,59	725.538.000	325.486.200	44,86	9.301.986.000	8.319.272.369	89,44
81	415990	KKP KELAS II TARAKAN	KD	6.057.747.000	5.354.202.854	88,39	5.919.016.000	5.236.998.697	88,48	639.688.000	627.034.500	98,02	12.616.451.000	11.218.236.051	88,92
82	269016	DINKES PROV. BENGKULU	DK	-	-	-	6.508.799.000	5.778.761.065	88,78	-	-	-	6.508.799.000	5.778.761.065	88,78
83	415862	KKP KELAS III PALU	KD	6.559.872.000	6.039.916.536	92,07	3.520.799.000	2.706.408.119	76,87	400.000.000	392.303.241	98,08	10.480.671.000	9.138.627.896	87,20
84	169019	DINKES PROV. KALIMANTAN TIMUR	DK	-	-	-	4.985.123.000	4.329.474.700	86,85	-	-	-	4.985.123.000	4.329.474.700	86,85

No	Kd-Satker	Satker	Kw	Belanja Pegawai (51)			Belanja Barang (52)			Belanja Modal (53)			Total Belanja		
				Pagu	Real	%	Pagu	Real	%	Pagu	Real	%	Pagu	Real	%
85	401733	DIREKTORAT P2MAKESWA DAN NAPZA	KP	-	-	-	42.202.037.000	36.509.200.211	86,51	1.221.284.000	1.171.973.219	95,96	43.423.321.000	37.681.173.430	86,78
86	416032	KKP KELAS II JAYAPURA	KD	6.048.874.000	5.401.452.477	89,30	9.216.992.000	7.639.263.001	82,88	1.522.832.000	1.513.164.840	99,37	16.788.698.000	14.553.880.318	86,69
87	099015	DINKES PROV. RIAU	DK	-	-	-	4.218.634.000	3.615.510.200	85,70	-	-	-	4.218.634.000	3.615.510.200	85,70
88	149012	DINKES PROV. KALIMANTAN TENGAH	DK	-	-	-	3.761.587.000	3.215.364.100	85,48	-	-	-	3.761.587.000	3.215.364.100	85,48
89	449984	KKP KELAS III SABANG	KD	3.546.102.000	3.130.111.106	88,27	3.455.041.000	2.775.792.613	80,34	668.200.000	505.826.100	75,70	7.669.343.000	6.411.729.819	83,60
90	089017	DINKES PROV. SUMATERA BARAT	DK	-	-	-	5.323.816.000	4.449.421.761	83,58	-	-	-	5.323.816.000	4.449.421.761	83,58
91	019009	DINKES PROV. DKI JAKARTA	DK	-	-	-	2.726.633.000	2.245.298.500	82,35	-	-	-	2.726.633.000	2.245.298.500	82,35
92	059008	DINKES PROV. JAWA TIMUR	DK	-	-	-	16.536.293.000	13.413.465.624	81,12	-	-	-	16.536.293.000	13.413.465.624	81,12
93	159013	DINKES PROV. KALIMANTAN SELATAN	DK	-	-	-	5.526.626.000	4.278.301.070	77,41	-	-	-	5.526.626.000	4.278.301.070	77,41
94	069003	DINKES PROV. PEMERINTAH ACEH	DK	-	-	-	3.181.497.000	2.461.339.200	77,36	-	-	-	3.181.497.000	2.461.339.200	77,36
95	139006	DINKES PROV. KALIMANTAN BARAT	DK	-	-	-	3.769.206.000	2.911.272.078	77,24	-	-	-	3.769.206.000	2.911.272.078	77,24
96	299002	DINKES PROV. BANTEN	DK	-	-	-	3.570.332.000	2.749.218.500	77,00	-	-	-	3.570.332.000	2.749.218.500	77,00
97	219013	DINKES PROV. MALUKU	DK	-	-	-	3.218.675.000	2.454.141.109	76,25	-	-	-	3.218.675.000	2.454.141.109	76,25
98	229002	DINKES PROV. BALI	DK	-	-	-	2.876.782.000	2.182.878.200	75,88	-	-	-	2.876.782.000	2.182.878.200	75,88
99	259004	DINKES PROV. PAPUA	DK	-	-	-	9.191.881.000	6.820.664.752	74,20	-	-	-	9.191.881.000	6.820.664.752	74,20
Jumlah P2P				548.755.073.000	535.885.079.053	97,65	4.630.533.095.000	4.496.057.840.330	97,10	212.271.463.000	206.513.798.711	97,29	5.391.559.631.000	5.238.456.718.094	97,16

Kordinator Substansi Keuangan dan BMN


 Imin Suryaman, S.Sos., MM
 NIP 197002101996031002