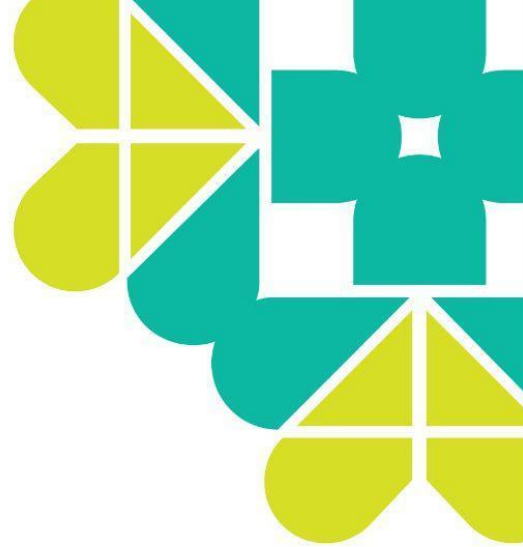




LAPORAN

AKUNTABILITAS KINERJA

INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP)

SEMESTER 1 TAHUN 2025

DIREKTORAT JENDERAL
KESEHATAN PRIMER DAN KOMUNITAS
KEMENTERIAN KESEHATAN



KATA PENGANTAR



Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan ridho-Nya, atas tersusunnya laporan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas Semester I Tahun 2025 sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan program dan kegiatan yang menggunakan APBN. Penyusunan laporan kinerja telah mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (Permenpan) Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Laporan kinerja ini memuat informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dicapai selama satu semester tahun anggaran 2025. Secara garis besar laporan berisi informasi tentang tugas dan fungsi organisasi, rencana kinerja dan capaian kinerja sesuai dengan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029, disertai dengan faktor pendukung dan penghambat capaian, serta upaya tindak lanjut yang dilakukan.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini, masukan dan saran membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan dan penyempurnaan penyusunan laporan di masa mendatang. Semoga laporan ini bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan bahan evaluasi untuk perbaikan dan pengembangan program di masa mendatang.

Jakarta, 23 Juni 2025
Direktur Jenderal Kesehatan Primer
dan Komunitas



dr. Maria Endang Sumiwi, MPH

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas Semester I Tahun 2025 disusun sebagai wujud pertanggungjawaban atas kinerja sesuai amanat Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Pada dasarnya laporan ini menginformasikan pencapaian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas Semester I Tahun 2025 sebagai bagian dari pencapaian sasaran strategis Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas pada Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2025-2029.

Adapun Capaian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas Semester I tahun 2025 sudah mencapai target, yaitu:

A. Indikator kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas sesuai dengan Perjanjian Kinerja Tahun 2025 (Renstra 2022 – 2024)

1. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK), dengan capaian kinerja 103%
2. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif, dengan capaian kinerja 146,67%
3. Puskesmas dengan tata kelola kesehatan masyarakat yang Baik, dengan capaian kinerja 107,10%
4. Angka Kematian Neonatal (per 1.000 kelahiran hidup), dengan capaian kinerja 107,20%

A. Indikator kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025 sesuai dengan Rancangan Renstra 2025

1. Persentase Anemia pada ibu hamil dengan capaian kinerja 161,15%
2. Persentase anak usia 6 – 23 bulan mendapat MPASI dengan capaian kinerja 123,42%
3. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK), dengan capaian kinerja 132%
4. Persentase lanjut usia yang mandiri dengan capaian kinerja sebesar 120%

Realisasi anggaran *cut off* 22 Januari 2025 Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas sebesar 5,01%. Perubahan metode pelaksanaan kegiatan dari luring menjadi daring salah satu tantangan dan permasalahan dalam pelaksanaan kegiatan. Selain itu kegiatan yang bersumber dari PHLN yang masih berproses sampai dengan akhir tahun Tahun 2025. Kebutuhan anggaran untuk mewujudkan transformasi Pelayanan Kesehatan Primer yang

Komprehensif dan Berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat mengakibatkan terjadi beberapa kali efisiensi/refokusing anggaran di lingkungan Kementerian Kesehatan termasuk Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	2
IKHTISAR EKSEKUTIF	3
DAFTAR ISI	10
DAFTAR TABEL	11
DAFTAR GRAFIK	12
DAFTAR GAMBAR	15
BAB I PENDAHULUAN	16
A. Latar Belakang	16
B. Potensi dan Tantangan	16
C. Maksud dan Tujuan	18
BAB II PERENCANAAN KINERJA	19
A. Visi, Misi dan Strategi Organisasi	19
B. Tugas Pokok dan Fungsi	23
C. Perjanjian Kinerja	26
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	31
A. Capaian Kinerja	31
B. REALISASI ANGGARAN	153
C. SUMBER DAYA MANUSIA	159
D. EFISIENSI SUMBER DAYA	161
BAB IV PENUTUP	163
DOKUMENTASI	165

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Indikator Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025	26
Tabel 2 Indikator Rancangan Strategis Kemenkes Tahun 2025 - 2029	28
Tabel 3 Capaian Indikator Kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025	31
Tabel 4 Capaian Indikator Rancangan Renstra Tahun 2025	33
Tabel 5 Realisasi Kinerja Indikator Persentase kabupaten/kota	37
Tabel 6 Data Puskesmas dengan Tata Kelola Yang Baik.....	72
Tabel 7 Target dan Capaian Indikator Persentase Kab/Kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans	76
Tabel 8 Persentase kabupaten/kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans Semester I 2025.....	77
Tabel 9 Data Persentase Fasyankes yang Telah Terintegrasi dalam Informasi Surveilans Berbasis Digital.	79
Tabel 10 Target dan Capaian Indikator Persentase Fasyankes yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Surveilans berbasis digital	80
Tabel 11 Realisasi Anggaran berdasarkan jenis belanja	85
Tabel 12 Realisasi Anggaran berdasarkan kegiatan	85
Tabel 13 Target dan Capaian Indikator Cakupan penerima.....	131
Tabel 14 Realisasi Anggaran Berdasarkan Program	157
Tabel 15 Realisasi Anggaran Berdasarkan Kegiatan	157
Tabel 16 Realisasi Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja	158
Tabel 17 Realisasi UPT di lingkungan Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas	158
Tabel 18 Jumlah ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.....	159
Tabel 19 Jumlah ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.....	159
Tabel 20 Jumlah ASN Jumlah ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menurut Jabatan	160

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja AKI Semester 1 Tahun 2025.....	39
Grafik 2 Distribusi Angka Kematian Ibu Per Wilayah Provinsi TW I 2025	39
Grafik 3 Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup Tahun 2020 - 2025.....	40
Grafik 4 Target, Capaian dan Capaian Kinerja AKB Semester 1 Tahun 2025	42
Grafik 5 Distribusi Angka Kematian Bayi Per Wilayah Provinsi TW I 2025	43
Grafik 6 Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Bayi	43
Grafik 7 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja Prevalensi Stunting.....	45
Grafik 8 Capaian Indikator Stunting 2021- Semester 1 Tahun 2025.....	46
Grafik 9 Prevalensi Balita Stunting berdasarkan Provinsi	46
Grafik 10 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja Prevalensi Wasting	49
Grafik 11 Capaian Indikator Wasting Tahun 2022- 2025 Semester 1	49
Grafik 12 Prevalensi Balita Wasting Per Provinsi	49
Grafik 13 Perbandingan Capaian Kinerja Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Intervensi Kesehatan Keluarga Tahun 2024 dan Semester 1 Tahun 2025.....	52
Grafik 14 Tren Perbandingan Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Intervensi Kesehatan Keluarga.....	52
Grafik 15 Capaian Kinerja Persentase Ibu Bersalin di Fasilitas Kesehatan (PF) Tahun 2025 Semester 1.....	54
Grafik 16 Tren Perbandingan Target dan Capaian Persentase Ibu Bersalin di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (PF) Tahun 2020 - Semester I Tahun 2025	54
Grafik 17 Capaian Kinerja persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) per Provinsi pada Triwulan I Tahun 2025	54
Grafik 18 Capaian Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK).....	58
Grafik 19 Capaian Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) per Provinsi Tahun 2025 Semester I.....	58
Grafik 20 Tren Perbandingan Target dan Cakupan Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) Tahun 2020- semester I Tahun 2025	59
Grafik 21 Capaian Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif Triwulan I Tahun 2025.....	61
Grafik 22 Capaian Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif per Provinsi Tahun 2025 Semester I	61
Grafik 23 Perbandingan Target dan Capaian Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif tahun 2022-2024	62
Grafik 24 Target, Capaian dan Kinerja Persentase Balita Yang Dipantau Pertumbuhan dan Perkembangan Tahun 2025 TW I	63
Grafik 25 Capaian Persentase Balita Yang Dipantau Pertumbuhan dan Perkembangan per Provinsi Tahun 2025	63
Grafik 26 Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Tahun 2020 - 2025.....	67
Grafik 27 Target, Capaian Persentase Kab/Kota Yang Menerapkan Kebijakan GERMAS semester I Tahun 2025	67
Grafik 28 Capaian Indikator Presentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Kampanye Germas Tema Prioritas per provinsi Tahun 2025	68
Grafik 29 Target, Capaian dan Kinerja Persentase Puskesmas Dengan Tata Kelola Kesehatan Masyarakat Yang Baik	71
Grafik 30 Tren Perbandingan Target dan Capaian Persentase Puskesmas dengan Tata Kelola Masyarakat Yang Baik Tahun 2020 – 2025.....	71
Grafik 31 Target, Capaian dan Kinerja Angka Kematian Neonatal	74
Grafik 32 Tren Angka Kematian Neonatal di Indonesia	75

Grafik 33 Nilai Reformasi Birokrasi Tahun 2023 – 2025	82
Grafik 34 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Nilai Kinerja Anggaran.....	84
Grafik 35 Target dan Capaian Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2023 – semester I 2025	86
Grafik 36 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja AKI	88
Grafik 37 Distribusi Angka Kematian Ibu Per Wilayah Provinsi.....	88
Grafik 38 Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu	89
Grafik 39 Target, Capaian dan Kinerja Indikator AKba	91
Grafik 40 Distribusi Angka Kematian Ibu Per Wilayah Provinsi TW I 2025	92
Grafik 41 Baseline, Capaian, dan Target AKBa.....	92
Grafik 42 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Prevalensi Stunting	94
Grafik 43 Capaian Indikator Stunting 2021- Semester 1 Tahun 2025.....	95
Grafik 44 Prevalensi Balita Stunting berdasarkan Provinsi	95
Grafik 45 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Prevalensi Stunting Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60)	97
Grafik 46 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Prevalensi Stunting Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60)	99
Grafik 47 Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG).....	99
Grafik 48 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Persentase Depresi.....	101
Grafik 49 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Persentase penduduk	103
Grafik 50 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup Tahun 2025.....	104
Grafik 51 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Fasilitas Kesehatan.....	105
Grafik 52 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja Anemia Ibu Hamil	107
Grafik 53 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Anemia Pada Ibu Hamil tahun 2025 - 2029	107
Grafik 54 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja Cakupan Kunjungan Nifas Lengkap sesuai Standar Semester 1 Tahun 2025	108
Grafik 55 Baseline, Capaian, dan Target Cakupan Kunjungan Nifas Lengkap sesuai Standar ..	109
Grafik 56 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Ibu Hamil Yang Mendapatkan Skrining Pre-eclampsia.....	110
Grafik 57 Target, Capaian dan Kinerja Angka Kematian Neonatal	112
Grafik 58 Tren Angka Kematian Neonatal di Indonesia	112
Grafik 59 Baseline, Capaian, dan Target Angka Kematian Neonatal.....	113
Grafik 60 Baseline, Capaian, dan Target Angka Kematian Bayi	114
Grafik 61 Baseline, Capaian, dan Target Prevalensi Wasting.....	116
Grafik 62 Baseline, Capaian, dan Target Insiden Stunting	118
Grafik 63 Capaian Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif Tahun 2025 Triwulan I.....	120
Grafik 64 Capaian Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif per Provinsi Tahun 2025 Semester I	120
Grafik 65 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif	121
Grafik 66 Capaian Persentase Anak Usia 6-23 Bulan Mendapat MPASI Tahun 2025 Triwulan I	122
Grafik 67 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Anak Usia 6-23 Bulan Mendapat MPASI ..	123
Grafik 68 Capaian Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK).....	124
Grafik 69 Capaian Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) per Provinsi Tahun 2025 Semester I.....	124
Grafik 70 Tren Perbandingan Target dan Cakupan Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) Tahun 2020- semester I Tahun 2025	125

Grafik 71 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK)	125
Grafik 72 Capaian Persentase lanjut usia yang mandiri	127
Grafik 73 Persentase Tempat Kerja Formal Melaksanakan	129
Grafik 74 Target dan Capaian Persentase Penduduk yang Menerapkan Perilaku Hidup Sehat Tahun 2025	133
Grafik 75 Grafik Persentase Kab/Kota yang menggerakkan masyarakat untuk melakukan aktivitas fisik sesuai standar semester I tahun 2025	134
Grafik 76 Grafik Capaian Kinerja Per Provinsi terkait Persentase Puskesmas memiliki SPA sesuai standar	135
Grafik 77 Capaian Labkesmas tk. 2-5 sesuai standar berdasarkan stratanya Semester 1 Tahun 2025	137
Grafik 78 Capaian kab/kota yang memiliki minimal 80% Puskesmas sesuai standar SPA Semester 1 Tahun 2025	139
Grafik 79 Capaian Labkesmas yang terakreditasi Semester 1 Tahun 2025	140
Grafik 80 Capaian puskesmas yang terakreditasi paripurna semester I Tahun 2025	142
Grafik 81 Perbandingan Capaian dan Target 5 Tahun (2025 - 2029)	143
Grafik 82 Persentase depresi yang mendapatkan layanan semester I Tahun 2025	144
Grafik 83 Capaian Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan semester I	148
Grafik 84 Persentase orang dengan gangguan penggunaan NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL Semester I 2025	151
Grafik 85 Komposisi ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Menurut Jenis Kelamin	159
Grafik 86 Komposisi ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Menurut Tingkat Pendidikan	160

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Stuktur Organisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas	25
Gambar 2 Strategi Percepatan Penurunan Stunting.....	47
Gambar 3 Setting pelaksanaan Orientasi P3LP diberbagai setting.....	146
Gambar 4 Piramida Intervensi Masalah dan Gangguan Jiwa	147

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pemerintah telah menetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025–2029 sebagai pedoman utama pelaksanaan pembangunan nasional dalam jangka menengah. RPJMN tersebut memuat arah kebijakan dan sasaran pembangunan yang mencakup lima fokus utama, yaitu: (1) penurunan kemiskinan, (2) peningkatan kualitas sumber daya manusia, (3) pertumbuhan ekonomi yang tinggi dan berkelanjutan, (4) penguatan politik luar negeri, dan (5) pelestarian lingkungan hidup. Kelima sasaran tersebut merupakan bagian dari upaya transformatif dalam mewujudkan Indonesia Emas 2045.

Selaras dengan RPJMN, Presiden Republik Indonesia periode 2025–2029 telah menetapkan visi nasional, yaitu: *“Bersama Indonesia Maju, Menuju Indonesia Emas 2045.”* Visi ini menekankan pentingnya kolaborasi seluruh elemen bangsa dalam melanjutkan pembangunan yang berkesinambungan guna mewujudkan Indonesia sebagai negara maju pada tahun 2045. Untuk mencapai visi tersebut, telah dirumuskan delapan misi pembangunan yang dikenal sebagai Asta Cita, yang selanjutnya dijabarkan ke dalam 17 program prioritas nasional. Program-program tersebut dirancang untuk menjawab berbagai permasalahan dan tantangan pembangunan secara cepat, tepat, dan terukur, serta diperkuat dengan inisiatif percepatan melalui *Program Hasil Terbaik Cepat (Quick Wins)*.

Dalam kerangka tersebut, Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas berperan strategis dalam mendukung pencapaian sasaran pembangunan nasional meliputi penguatan layanan kesehatan primer berbasis promotif dan preventif, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat, serta pengembangan strategi komunikasi publik yang efektif, adaptif, dan inklusif dalam meningkatkan literasi dan kesadaran kesehatan masyarakat.

B. Potensi dan Tantangan

Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas memiliki peran penting dalam mewujudkan peningkatan kesehatan masyarakat melalui pendekatan promotive dan preventif pada setiap siklus kehidupan yang didukung oleh peningkatan tata kelola kesehatan masyarakat. Dalam menjalankan tugasnya, Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas memiliki berbagai potensi strategis yang dapat mendukung pencapaian sasaran dan pelaksanaan program secara efektif dan berkelanjutan. Potensi tersebut meliputi:

1. Ketersediaan Regulasi yang Mendukung

Tersedianya regulasi, mulai dari peraturan perundang-undangan hingga pedoman teknis, yang selaras dengan RPJMN 2025–2029 serta visi dan misi Presiden, memberikan landasan hukum yang kuat dalam pelaksanaan

program dan pengambilan kebijakan.

2. Pendanaan yang Memadai dan Terarah

Pendanaan yang tersedia baik melalui anggaran pendapatan dan belanja negara (APBN), dana transfer ke daerah, maupun sumber-sumber pendanaan lainnya memberikan ruang bagi pelaksanaan program secara lebih luas dan merata.

3. Sumber Daya Manusia yang Kompeten

Ketersediaan tenaga kesehatan dan tenaga komunikasi yang memiliki kompetensi memadai di tingkat pusat maupun daerah menjadi modal utama dalam penyelenggaraan layanan yang berkualitas.

4. Sarana dan Prasarana yang Mendukung

Fasilitas pelayanan kesehatan primer, seperti puskesmas, posyandu, dan klinik pratama, terus mengalami penguatan dari aspek infrastruktur, peralatan, serta sistem teknologi informasi. Ketersediaan sarana dan prasarana ini mendukung penyelenggaraan layanan promotif dan preventif yang berkualitas.

5. Keterlibatan Masyarakat dan Mitra Kerja

Partisipasi aktif masyarakat, organisasi kemasyarakatan, dan mitra pembangunan memberikan kontribusi signifikan dalam memperkuat program dan memastikan keberlanjutan hasil pembangunan kesehatan.

6. Akses Informasi Kesehatan yang Luas

Tersedianya berbagai saluran informasi kesehatan, baik konvensional maupun digital, mempercepat penyebaran pesan-pesan kesehatan dan meningkatkan literasi kesehatan masyarakat.

Di samping berbagai potensi yang ada, Ditjen Kesehatan Primer dan Komunikasi menghadapi sejumlah tantangan yang perlu diantisipasi agar pencapaian sasaran kinerja dapat optimal, antara lain:

1. Kesenjangan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer

Meskipun telah dilakukan berbagai upaya pemerataan, masih terdapat ketimpangan dalam akses serta kualitas layanan kesehatan primer, khususnya di wilayah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK). Hal ini berdampak pada keterbatasan jangkauan layanan promotif dan preventif yang esensial bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

2. Rendahnya Literasi Kesehatan dan Perilaku Hidup Sehat

Pemahaman masyarakat terhadap informasi kesehatan yang benar masih belum merata. Hal ini memengaruhi efektivitas program komunikasi perubahan perilaku, serta menghambat peningkatan kesadaran terhadap pentingnya pola hidup bersih dan sehat.

3. Penyebaran Informasi Kesehatan yang Tidak Akurat

Perkembangan media sosial dan teknologi informasi yang tidak disertai dengan penguatan literasi digital menyebabkan cepatnya penyebaran

informasi kesehatan yang tidak valid. Hal ini dapat menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap program pemerintah dan menghambat efektivitas kampanye komunikasi kesehatan.

4. **Beban Ganda Penyakit dan Perubahan Pola Epidemiologi**
Indonesia menghadapi tantangan beban ganda penyakit, yaitu meningkatnya kasus penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes dan hipertensi, di samping masih tingginya penyakit menular dan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Kondisi ini menuntut strategi kesehatan primer yang lebih terintegrasi dan responsif.
5. **Keterbatasan Sumber Daya di Tingkat Layanan Dasar**
Masih terdapat keterbatasan jumlah dan kompetensi tenaga kesehatan di beberapa daerah, serta sarana dan prasarana yang belum memadai. Hal ini memengaruhi efektivitas layanan dan pelaksanaan program kesehatan primer secara menyeluruh.
6. **Koordinasi Lintas Sektor dan Antar Level Pemerintahan yang Belum Optimal**
Pelaksanaan program kesehatan primer dan komunikasi publik memerlukan sinergi antarsektor dan antarselanjut pemerintahan. Hambatan dalam sinkronisasi kebijakan dan pelaksanaan di tingkat pusat dan daerah berpotensi menurunkan efektivitas capaian program.
7. **Pemanfaatan Data dan Informasi Kesehatan yang Belum Maksimal**
Sistem pencatatan dan pelaporan data kesehatan belum sepenuhnya terintegrasi dan dimanfaatkan secara optimal untuk pengambilan keputusan berbasis bukti. Hal ini menghambat perumusan kebijakan yang adaptif, responsif, dan akurat.

C. Maksud dan Tujuan

Penyusunan laporan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja pada tahun 2025 dalam mencapai target dan sasaran program seperti yang tertuang dalam rencana strategis, dan ditetapkan dalam dokumen penetapan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat oleh pejabat yang bertanggungjawab.

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. Visi, Misi dan Strategi Organisasi

1. Visi dan Misi

Visi dan misi Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 mengikuti visi dan misi Presiden Republik Indonesia, yaitu “Bersama Indonesia Maju, Menuju Indonesia Emas 2045”. Visi tersebut mengandung arti pembangunan memerlukan kerja sama seluruh putra putri terbaik bangsa dengan kesamaan tekad berdasarkan fondasi yang telah dibangun oleh pemerintah sebelumnya untuk mewujudkan Indonesia setara negara maju di tahun 2045. Visi ini dicapai melalui delapan Misi Presiden yang dituangkan dalam delapan Asta Cita, Kementerian Kesehatan melaksanakan Misi (Asta Cita) Presiden dan Wakil Presiden Periode 2025-2029 terutama pada Asta Cita nomor 4, yaitu “memperkuat pembangunan sumber daya manusia (SDM), sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda (generasi milenial dan generasi Z), dan penyandang disabilitas”. Asta cita tersebut dituangkan dalam RPJMN 2025-2029 sebagai Prioritas nasional (PN) ke-4 dalam RPJMN. Untuk mendukung PN 4 pada RPJMN dan mewujudkan Visi Kementerian Kesehatan Periode 2025-2029, maka ditetapkan Misi Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

1. Mewujudkan masyarakat sehat pada seluruh siklus hidup
2. Membudayakan gaya hidup sehat
3. Memenuhi layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil, dan terjangkau
4. Mengimplementasikan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsive
5. Memperkuat tata Kelola dan pendanaan kesehatan nasional yang berkecukupan, adil dan berkelanjutan
6. Mengembangkan teknologi kesehatan yang maju
7. Mewujudkan birokrasi dan layanan publik yang agile, efektif dan efisien

Dalam rangka pencapaian visi, ditetapkan 7 tujuan Kementerian Kesehatan untuk 5 tahun kedepan yaitu:

1. Masyarakat sehat di setiap siklus hidup
2. Masyarakat berperilaku hidup sehat
3. Layanan Kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau
4. Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif
5. Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif
6. Teknologi Kesehatan yang Maju
7. Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien

2. Strategi Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Arah kebijakan Kementerian Kesehatan tersebut juga menggunakan pendekatan kebijakan dan strategi yang bersifat responsif gender, yaitu Penguatan Pengarusutamaan Gender (PUG), dan inklusi sosial untuk memastikan tidak ada satu orang pun yang tertinggal dalam pembangunan (*no one left behind*) sesuai dengan arahan RPJPN 2025-2045 dan RPJMN 2025-2029.

Untuk mendukung arah pembangunan nasional, strategi kebijakan Kementerian Kesehatan pada periode 2025–2029 difokuskan pada penguatan transformasi kesehatan yang telah dimulai pada periode sebelumnya. Pendekatan ini bertujuan untuk mengatasi tantangan yang masih ada serta memastikan transformasi keberlanjutan dan peningkatan efektivitas. Strategi transformasi kesehatan

1. Penguatan transformasi layanan primer melalui promosi kesehatan, pencegahan dan pengendalian penyakit serta masalah kesehatan, untuk mewujudkan masyarakat sehat di setiap siklus hidup.

a) Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak

- Penyediaan layanan komprehensif dari prakonsepsi hingga pascapersalinan, termasuk layanan KB dan kegawatdaruratan.
- Deteksi dini risiko kehamilan dan kunjungan antenatal sesuai standar.
- Skrining bayi baru lahir dan kunjungan neonatal lengkap.
- Pelayanan tumbuh kembang anak, imunisasi, pemberian vitamin A dan obat cacing.
- Penggunaan Buku KIA untuk pencatatan tumbuh kembang.
- Intervensi gizi terintegrasi untuk penanganan stunting dan obesitas.
- Edukasi hidup sehat bagi keluarga dan calon pengantin.
- Pemanfaatan pengobatan tradisional ramuan dan keterampilan untuk mendukung kesehatan ibu dan anak.

b) Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja

- Promosi gizi, kesehatan reproduksi, dan PHBS di satuan pendidikan dan fasilitas kesehatan.
- Penguatan layanan kesehatan mental di Puskesmas.
- Skrining dan intervensi anemia pada remaja putri, serta konsumsi TTD.
- Pemanfaatan pengobatan tradisional untuk meningkatkan kebugaran dan pengobatan penyakit menular/tidak menular.

c) Kesehatan Usia Dewasa

- Deteksi dini PTM: hipertensi, diabetes, jantung, PPOK, dan kanker.
- Penguatan kapasitas layanan primer untuk deteksi dan tata laksana dini.
- Edukasi gaya hidup sehat melalui kampanye dan kolaborasi lintas sektor.
- Pengembangan layanan kesehatan kerja terintegrasi di tempat kerja sektor formal, informal, dan lingkungan matra (termasuk TNI, Polri, dan

PMI).

- Penggunaan pengobatan tradisional untuk mendukung kesehatan dewasa.
- d) Kesehatan Lansia
 - Pelayanan geriatri preventif dan skrining kapasitas fungsional secara rutin.
 - Pelatihan dan edukasi keluarga dalam merawat lansia.
 - Manajemen penyakit kronis secara berkelanjutan untuk mempertahankan kemandirian.
 - Pemanfaatan pengobatan tradisional sebagai pelengkap perawatan.
- e) Lintas Kelompok Usia
 - Standarisasi skrining dan tata laksana pengobatan berdasarkan siklus hidup.
 - Penguatan upaya mitigasi dampak penyakit sensitif iklim.
 - Perluasan cakupan imunisasi lengkap nasional (14 jenis vaksin).
 - Skrining dan tata laksana penyakit menular seperti TBC, HIV, malaria, dengue, dan hepatitis.
 - Penguatan surveilans berbasis masyarakat dan perbaikan kualitas lingkungan (sanitasi, air bersih, dan polusi udara).
 - Pemeriksaan kesehatan gratis secara berkala dan terintegrasi. Pengembangan sistem data terintegrasi dan mobilisasi sasaran melalui gerakan masyarakat.

2. Penguatan Gaya Hidup Sehat melalui Kolaborasi Pentahelix

- a) Pendidikan dan Kesadaran Gaya Hidup Sehat
 - Peningkatan literasi kesehatan melalui media digital dan kampanye publik.
 - Promosi GERMAS lintas usia di rumah, sekolah, tempat kerja, dan fasilitas umum.
 - Integrasi topik kesehatan dalam kurikulum pendidikan dasar dan menengah.
 - Integrasi promosi kesehatan dalam pelayanan kesehatan.
 - Pembudayaan sanitasi total berbasis masyarakat.
 - Promosi keselamatan kerja, gizi seimbang, dan kesehatan reproduksi pekerja.
- b) Pemberdayaan Masyarakat sebagai Agen Perubahan
 - Peningkatan partisipasi masyarakat dalam forum kesehatan dan Posyandu.
 - Penguatan peran kader, tokoh masyarakat, dan pemimpin komunitas dalam edukasi kesehatan.
 - Pengembangan Posyandu siklus hidup.
 - Peningkatan kapasitas kader dalam mengubah perilaku masyarakat.

- Penerapan standar kabupaten/kota sehat.
- Pengendalian potensi bahaya kesehatan di tempat kerja, serta pemberian imunisasi dan profilaksis bagi pekerja berisiko tinggi.

3. Sasaran Strategis Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas

Sasaran Strategis Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas mengacu pada Perjanjian Kinerja Tahun 2025 yaitu Terwujudnya peningkatan kesehatan masyarakat melalui pendekatan promotif dan preventif pada setiap siklus kehidupan yang didukung oleh peningkatan tata kelola kesehatan masyarakat, Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium dan Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan. Tujuannya adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup dengan melakukan kegiatan sebagai berikut:

- a. Kegiatan Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas
- b. Kegiatan pembinaan Pelayanan Kesehatan Keluarga
- c. Kegiatan pembinaan Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer
- d. Kegiatan pembinaan Tata kelola Pelayanan Kesehatan Primer
- e. Kegiatan pembinaan Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan
- f. Kegiatan dukungan manajemen pelaksanaan program di Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas.

4. Indikator Kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025 sesuai dengan Renstra 2022 - 2024

1. Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga;
2. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF);
3. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK);
4. Persentase bayi usia kurang 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif;
5. Persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya;
6. Persentase Kabupaten/Kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS);
7. Puskesmas dengan tata Kelola kesehatan masyarakat yang baik.
8. Angka Kematian Neonatal (per 1.000 kelahiran hidup)
9. Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki Laboratorium Kesehatan Masyarakat dengan kemampuan surveilans
10. Persentase Fasyankes yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi surveilans berbasis digital.

5. Indikator kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025 sesuai dengan Rancangan Renstra 2025 – 2029

1. Persentase Anemia pada ibu hamil
2. Cakupan KF lengkap sesuai standar

3. Persentase ibu hamil mendapat kan skrining preeklampsia
4. Angka Kematian Neonatal
5. Angka Kematian Bayi
6. Prevalensi wasting (Gizi Kurang dan Gizi Buruk) pada balita
7. Insiden stunting balita (kasus baru)
8. Persentase bayi usia 6 bulan mendapat ASI eksklusif
9. Persentase anak usia 6 - 23 bulan mendapat MPASI
10. Persentase Ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK)
11. Persentase lanjut usia yang mandiri
12. Persentase pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan kerja
13. Persentase kab/kota dengan cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis >80%
14. Persentase Penduduk yang Menerapkan Perilaku Hidup Sehat
15. Persentase kabupaten/kota yang menggerakkan masyarakat melakukan aktivitas fisik sesuai standar
16. Persentase Puskesmas yang memenuhi standar akses
17. Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 2-5 yang dikembangkan sesuai standar berdasarkan stratanya
18. Persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 90 % Puskesmas sesuai standar SPA
19. Persentase labkesmas yang terakreditasi
20. Persentase Puskesmas terakreditasi paripurna
21. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan primer
22. Persentase depresi yang mendapatkan layanan
23. Jumlah orang yang menjadi first aider Pertolongan Pertama pada Luka Psikologis (P3LP)
24. Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan
25. Persentase Perempuan dan Anak Korban Kekerasan Mendapat Pelayanan Kesehatan
26. Persentase orang dengan gangguan penggunaan NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL
27. Jumlah kabupaten/kota tersertifikasi bebas pasung
28. Nilai Kinerja Anggaran Kementerian Kesehatan

B. Tugas Pokok dan Fungsi

Sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan primer dan komunitas. Dalam melaksanakan tugas Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas, menyelenggarakan fungsi:

- a. perumusan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan primer dan komunitas;

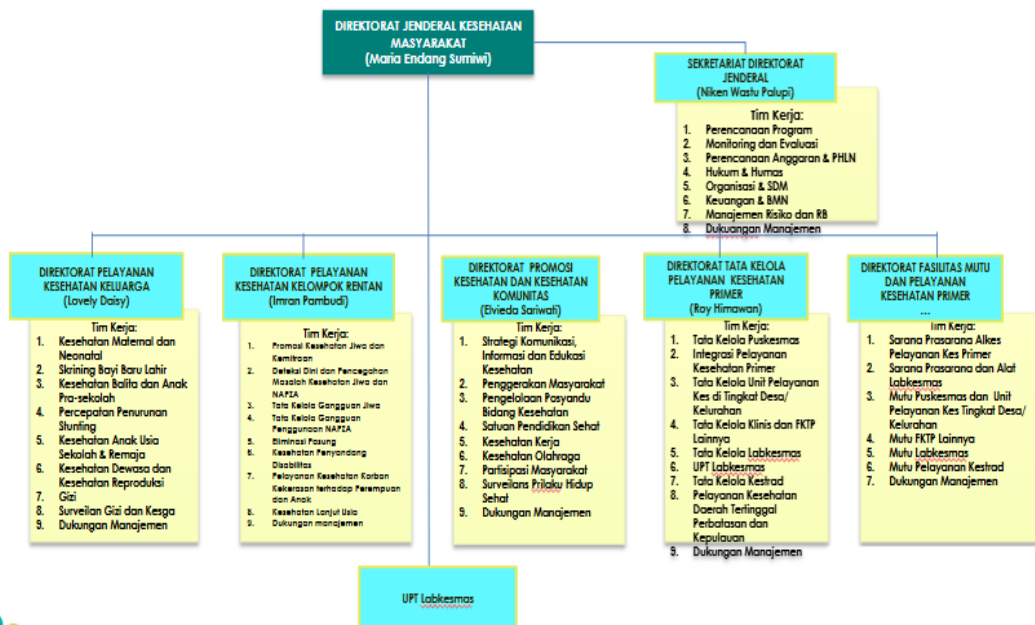
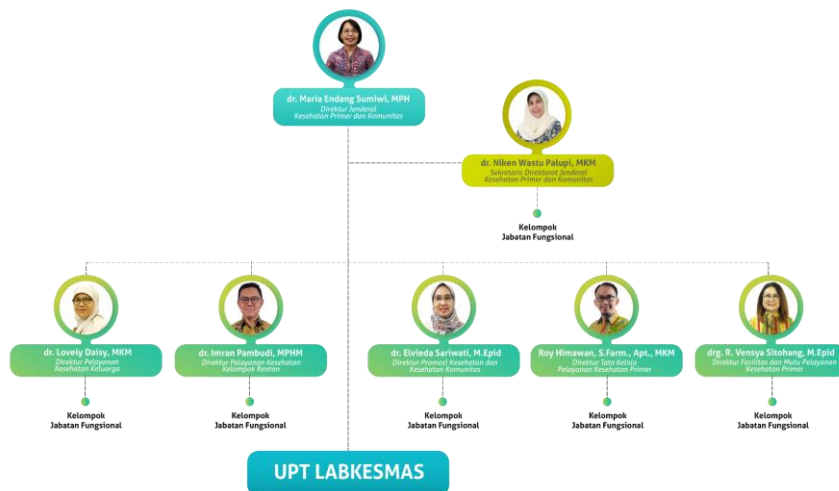
- b. pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan primer dan komunitas;
- c. penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang pengelolaan kesehatan primer dan komunitas;
- d. pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang pengelolaan kesehatan primer dan komunitas;
- e. pelaksanaan pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan di bidang pengelolaan kesehatan primer dan komunitas;
- f. pelaksanaan administrasi Direktorat Jenderal; dan
- g. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

Fungsi tersebut dilaksanakan dengan susunan organisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas yang terdiri atas:

- a. Sekretariat Direktorat Jenderal;
- b. Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas;
- c. Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga;
- d. Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer ;
- e. Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan; dan
- f. Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer.

Gambar 1 Stuktur Organisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas

STRUKTUR ORGANISASI DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN PRIMER DAN KOMUNITAS



C. Perjanjian Kinerja

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Permenpan) Nomor 53 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Indikator yang termasuk ke dalam dokumen Perjanjian Kinerja Ditjen. Kesehatan Primer dan Komunitas tahun 2025 terdiri dari Indikator Kinerja Program yang terdiri dari Program Kesehatan Masyarakat (8 indikator), Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (2 indikator) dan Program Dukungan Manajemen (4 indikator). Target masing-masing indikator sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Tabel 1 Indikator Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025

Program/ Sasaran	Indikator	Target 2025 (Renstra)
A. Sasaran Strategis (1) Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga	1. Persentase Kabupaten/jita yang melaksanakan SPM	100
	2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup)	183
	3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup)	16
	4. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek(%))	14.0
	5. Wasting (kurus dan sangat kurus pada balita (%))	7.0
Program: Kesehatan Primer dan Komunitas 1. Sasaran Program: Terwujudnya peningkatan kesehatan masyarakat melalui pendekatan promotive dan preventif pada setiap siklus kehidupan yang didukung oleh peningkatan tata kelola kesehatan masyarakat	1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga	100%
	2. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	95%
	3. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	10%
	4. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif	60%
	5. Persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan Perkembangannya	100%

Program/ Sasaran	Indikator	Target 2025 (Renstra)
	6. Persentase Kabupaten/ Kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat	90%
	7. Puskesmas dengan tata kelola kesehatan masyarakat yang Baik	70%
	8. Angka Kematian Neonatal (per 1.000 kelahiran hidup)	10
2. Program: Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Sasaran Program: Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	9. Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki Laboratorium Kesehatan Masyarakat dengan kemampuan Surveilans	76%
	10. Persentase Fasyankes yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Surveilans berbasis digital	100%
3. Program: Dukungan Manajemen Sasaran Program: Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	11. Nilai reformasi Birokrasi	90,01
	12. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen. Kesehatan Masyarakat	80,1
	13. Persentase Realisasi Anggaran Ditjen. Kesehatan Masyarakat	96

Tabel 2 Indikator Rancangan Strategis Kemenkes Tahun 2025 - 2029

Program/ Sasaran	Indikator	Target 2025 (Renstra)
A. Sasaran Strategis (1.1) Meningkatnya kualitas pelayanan promotif dan preventif	1. Angka Kematian Ibu	122
	2. Angka Kematian Balita	15
	3. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek)	18,8
	4. Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60)	13,90
	5. Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis	36
B. Sasaran Strategis (1.2) Meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit	1. Persentase depresi pada usia ≥ 15 tahun	1,4
C. Sasaran Strategis (2.2) Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat	1. Persentase penduduk dengan literasi kesehatan	38,3
	2. Proporsi penduduk dengan aktivitas fisik cukup	65
D. Sasaran Strategis (3.1) Meningkatnya kapasitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	1. Persentase kabupaten/kota dengan fasilitas kesehatan sesuai standar	85
Program : Program Pelayanan Kesehatan Primer Sasaran Program : 1.1 Meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu, anak, usia dewasa dan lansia	1. Persentase Anemia pada ibu hamil	26
	2. Cakupan KF lengkap sesuai standar	35
	3. Persentase ibu hamil mendapat kan skrining preeklampsia	50
	4. Angka Kematian Neonatal	9,2
	5. Angka Kematian Bayi	12,62
	6. Prevalensi wasting (Gizi Kurang dan Gizi Buruk) pada balita	8

Program/ Sasaran	Indikator	Target 2025 (Renstra)
	7. Insiden stunting balita (kasus baru)	3
	8. Persentase bayi usia 6 bulan mendapat ASI eksklusif	61
	9. Persentase anak usia 6 - 23 bulan mendapat MPASI	73
	10. Persentase Ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK)	15
	11. Persentase lanjut usia yang mandiri	75
	12. Persentase pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan kerja	10
Sasaran Program 1.14 Meningkatnya cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis	13. Persentase kab/kota dengan cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis >80%	40
Sasaran Program 1.15 Meningkatnya masyarakat yang berperilaku hidup sehat	14. Persentase Penduduk yang Menerapkan Perilaku Hidup Sehat	17
	15. Persentase kabupaten/kota yang menggerakkan masyarakat melakukan aktivitas fisik sesuai standar	25
Sasaran Program 1.17 Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan primer	16. Persentase Puskesmas yang memenuhi standar akses	60
	17. Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 2-5 yang dikembangkan sesuai standar berdasarkan stratanya	30
	18. Persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 90 % Puskesmas sesuai standar SPA	40
	19. Persentase labkesmas yang terakreditasi	9
	20. Persentase Puskesmas terakreditasi paripurna	28

Program/ Sasaran	Indikator	Target 2025 (Renstra)
	21. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan primer	77
Sasaran Program 1.4 Meningkatnya kualitas layanan kesehatan jiwa	22. Persentase depresi yang mendapatkan layanan	5
	23. Jumlah orang yang menjadi first aider Pertolongan Pertama pada Luka Psikologis (P3LP)	650.000
	24. Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan	70
	25. Persentase Perempuan dan Anak Korban Kekerasan Mendapat Pelayanan Kesehatan	30
	26. Persentase orang dengan gangguan penggunaan NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL	5
	27. Jumlah kabupaten/kota tersertifikasi bebas pasung	20
Program : Dukungan Manajemen Sasaran Program 6.1 Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	28. Nilai Kinerja Anggaran Kementerian Kesehatan	92,3

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja

Tahun 2025 merupakan tahun pertama dalam pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025-2029. Pengukuran capaian kinerja organisasi dilakukan dengan membandingkan target dari masing-masing Indikator Kinerja Program yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja. Melalui pengukuran kinerja diperoleh gambaran pencapaian masing-masing indikator sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan di masa yang akan datang agar setiap kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Capaian kinerja indikator dihitung dengan membandingkan target dengan capaian. Capaian kinerja indikator didapatkan melalui:

- Indikator positif: $(\text{Target}/\text{Capaian}) \times 100\%$
- Indikator negatif: $((\text{Target} - (\text{Capaian} - \text{Target}))/\text{Target}) \times 100\%$

Capaian Indikator Kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas semester I Tahun 2025 dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 3 Capaian Indikator Kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025

Program/ Sasaran	Indikator	Target	Capaian	Capaian Kinerja (%)
A. Sasaran Strategis (1) Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga	1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM	100	0	0
	2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup)	183	189	96,8
	3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup)	16	16,85	94,68
	4. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek(%))	14.0	19,8	58,57
	5. Wasting (kurus dan sangat kurus pada balita (%))	7.0	7,4	94,29
Program: Kesehatan Masyarakat Sasaran Program: Terwujudnya peningkatan kesehatan masyarakat melalui pendekatan promotive dan preventif pada setiap siklus	1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga	100	0	0
	2. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	95	18,68	19,66
	3. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	10	9,7	103
	4. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif	60	88	146,67

Program/ Sasaran	Indikator	Target	Capaian	Capaian Kinerja (%)
kehidupan yang didukung oleh peningkatan tata kelola kesehatan masyarakat	5. Persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya	100	62,7	62,7
	6. Persentase Kabupaten/Kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat	90	16,54	18,37
	7. Puskesmas dengan tata kelola kesehatan masyarakat yang Baik	70	74,97	107,10
	8. Angka Kematian Neonatal (per 1.000 kelahiran hidup)	10	9,28	107,20
Program: Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Sasaran Program: Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	9. Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki Laboratorium Kesehatan Masyarakat dengan kemampuan Surveilans	76	51	67,10
	10. Persentase Fasyankes yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Surveilans berbasis digital	100	63,73	63,73
Program: Dukungan Manajemen Sasaran Program: Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	11. Nilai reformasi Birokrasi	90,01	0	0
	12. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen. Kesehatan Masyarakat	80,1	45,54	56,85
	13. Persentase Realisasi Anggaran Ditjen. Kesehatan Masyarakat	96	5,01	5,22

**Indikator persentase Bumil KEK dan Angka Kematian Neonatal merupakan indikator negatif, dimana target capaian yang diharapkan di bawah angka yang ditentukan.*

Tabel 4 Capaian Indikator Rancangan Renstra Tahun 2025

Program/ Sasaran	Indikator	Target 2025 (Renstra)	Capaian	Capaian Kinerja (%)
A. Sasaran Strategis (1.1) Meningkatnya kualitas pelayanan promotif dan preventif	1. Angka Kematian Ibu	122	18,9	45,08
	2. Angka Kematian Balita	15	19,83	67,80
	3. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek)	18,8	19,8	94,68
	4. Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60)	13,90	NA	NA
	5. Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis	36	3,8	10,28
B. Sasaran Strategis (1.2) Meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit	1. Persentase depresi pada usia ≥ 15 tahun	1,4	NA	NA
C. Sasaran Strategis (2.2) Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat	1. Persentase penduduk dengan literasi kesehatan	38,3	NA	NA
	2. Proporsi penduduk dengan aktivitas fisik cukup	65	NA	NA
D. Sasaran Strategis (3.1) Meningkatnya kapasitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	1. Persentase kabupaten/kota dengan fasilitas kesehatan sesuai standar	85	12,65	14,88
Program : Program Pelayanan Kesehatan Primer Sasaran Program : 1.1 Meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu, anak, usia dewasa dan lansia	1. Persentase Anemia pada ibu hamil	26	10,1	161,15
	2. Cakupan KF lengkap sesuai standar	35	24,75	70,71
	3. Persentase ibu hamil mendapat kan skrining preeklampsia	50	NA	NA
	4. Angka Kematian Neonatal	9,2	9,3	98,91
	5. Angka Kematian Bayi	12,62	26,85	66,48
	6. Prevalensi wasting (Gizi Kurang dan Gizi Buruk) pada balita	8	8,5	93,75

Program/ Sasaran	Indikator	Target 2025 (Renstra)	Capaian	Capaian Kinerja (%)
	7. Insiden stunting balita (kasus baru)	3	NA	NA
	8. Persentase bayi usia 6 bulan mendapat ASI eksklusif	61	40,3	66,07
	9. Persentase anak usia 6 - 23 bulan mendapat MPASI	73	90,1	120
	10. Persentase Ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK)	15	10,2	132
	11. Persentase lanjut usia yang mandiri	75	90	120
	12. Persentase pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan kerja	10	0,08	0,8
Sasaran Program 1.14 Meningkatnya cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis	13. Persentase kab/kota dengan cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis >80%	40	0	0
Sasaran Program 1.15 Meningkatnya masyarakat yang berperilaku hidup sehat	14. Persentase Penduduk yang Menerapkan Perilaku Hidup Sehat	17	NA	NA
	15. Persentase kab/kota yang menggerakkan masyarakat melakukan aktivitas fisik sesuai standar	25	NA	NA
Sasaran Program 1.17 Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan primer	16. Persentase Puskesmas yang memenuhi standar akses	60	NA	NA
	17. Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 2-5 yang dikembangkan sesuai standar berdasarkan stratanya	30	16,67	55,6
	18. Persentase kab/kota yang memiliki minimal 90 % Puskesmas sesuai standar SPA	40	0,19	0,5

Program/ Sasaran	Indikator	Target 2025 (Renstra)	Capaian	Capaian Kinerja (%)
	19. Persentase labkesmas yang terakreditasi	9	41	455
	20. Persentase Puskesmas terakreditasi paripurna	28	61,89	221
	21. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan primer	77	NA	NA
Sasaran Program 1.4 Meningkatnya kualitas layanan kesehatan jiwa	22. Persentase depresi yang mendapatkan layanan	5	0,06	1,2
	23. Jumlah orang yang menjadi first aider Pertolongan Pertama pada Luka Psikologis (P3LP)	650.000	10.292	1,58
	24. Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan	70	13,77	19,67
	25. Persentase Perempuan dan Anak Korban Kekerasan Mendapat Pelayanan Kesehatan	30	23	70,67
	26. Persentase orang dengan gangguan penggunaan NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL	5	0,29	5,8
	27. Jumlah kabupaten/kota tersertifikasi bebas pasung	20	0	0
Program : Dukungan Manajemen Sasaran Program 6.1 Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	28. Nilai Kinerja Anggaran Kementerian Kesehatan	92,3	45,54	49,34

Terdapat indikator kinerja Program Kesehatan Masyarakat yang sudah mencapai target, yaitu:

B. Indikator kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025 sesuai dengan Renstra 2022 - 2024

5. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK), dengan capaian kinerja 103%
6. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif, dengan capaian kinerja 146,67%
7. Puskesmas dengan tata kelola kesehatan masyarakat yang Baik, dengan capaian kinerja 107,10%
8. Angka Kematian Neonatal (per 1.000 kelahiran hidup), dengan capaian kinerja 107,20%

C. Indikator kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025 sesuai dengan Rancangan Renstra 2025

5. Persentase Anemia pada ibu hamil dengan capaian kinerja 161,15%
6. Persentase anak usia 6 – 23 bulan mendapat MPASI dengan capaian kinerja 123,42%
7. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK), dengan capaian kinerja 132%
8. Persentase lanjut usia yang mandiri dengan capaian kinerja sebesar 120%

Berikut uraian untuk masing-masing Indikator Kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas

A. Capaian Indikator Kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2025 (Januari 2025)

I. Indikator Sasaran Strategis

1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM

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

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

tepat, pencegahan kecacatan dan rehabilitasi. Hal ini dikuatkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.

Definisi operasional yang digunakan untuk mengukur persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM adalah presentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan SPM bidang kesehatan dengan capaian dalam kategori minimal tuntas pratama. Tuntas pratama adalah pencapaian SPM dengan mutu layanan dasar nilainya sama dengan 70 sampai dengan 79. Cara perhitungan Indikator adalah Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan SPM bidang kesehatan dengan capaian dalam kategori minimal tuntas pratama dibagi jumlah kabupaten/kota dikali 100.

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

Tabel 5 Realisasi Kinerja Indikator Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM

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

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

1. Menjadikan indikator SPM sebagai isu prioritas di Kementerian Kesehatan
2. Menerbitkan PMK nomor 06 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan
3. Sosialisasi pelaksanaan SPM Kab./kota
4. Peningkatan kapasitas Kab/kota dan tenaga kesehatan terkait pelayanan SPM
5. Penyusunan kebijakan DAK untuk mendukung pemenuhan SPM

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Penetapan Target sasaran penerima layanan dasar yang berbeda
- Penghitungan kebutuhan pemenuhan mutu layanan dasar
- Ketersediaan Sarpras/Alkes/Obat yang belum memenuhi kebutuhan per kapita
- Dukungan SDM Kesehatan; seringkali adanya mutasi dan perpindahan dari pemegang program
- Keterbatasan Anggaran
- Kapasitas tim penerapan SPM masih belum maksimal

Faktor pendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

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

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

- Koordinasi antara Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota dalam penghitungan target sasaran, perencanaan dan penganggaran kegiatan untuk mendukung SPM, pencatatan dan pelaporan dan monitoring dan evaluasi
- Memaksimalkan Pemanfaatan sumber dana (DAU, DAK, dll) untuk pencapaian SPM daerah
- Pendampingan daerah dalam pemenuhan standar dalam Pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, balita, usia pendidikan dasar, usia produktif, usia lanjut, penderita hipertensi, penderita diabetes melitus, penderita gangguan jiwa berat, orang terduga tuberkulosis, dan orang dengan risiko terinfeksi HIV.

2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup)

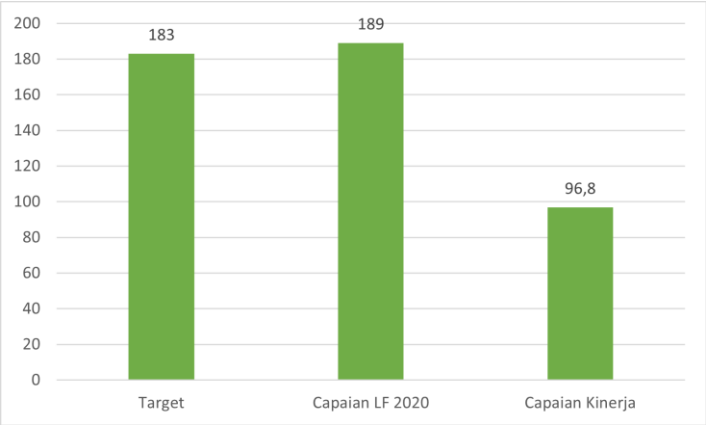
Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian perempuan akibat sebab apa pun yang berkaitan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk sebab kecelakaan atau insidental), yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, atau dalam 42 hari setelah kehamilan berakhir tanpa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

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

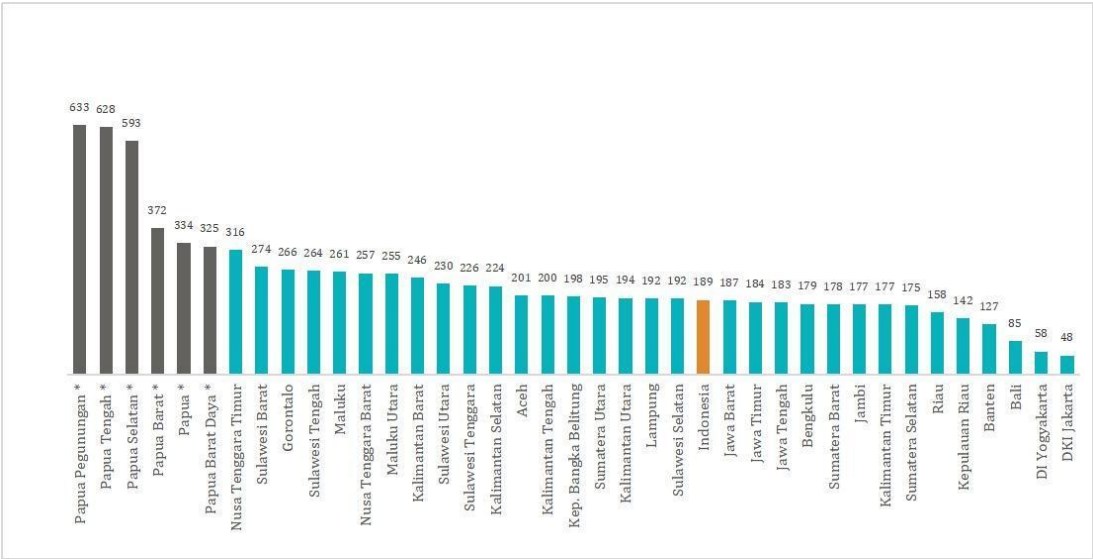
- Sensus penduduk dilakukan 10 tahun sekali; atau
- Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (diantara 2 sensus penduduk)

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

Grafik 1 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja AKI Semester 1 Tahun 2025



Grafik 2 Distribusi Angka Kematian Ibu Per Wilayah Provinsi TW I 2025



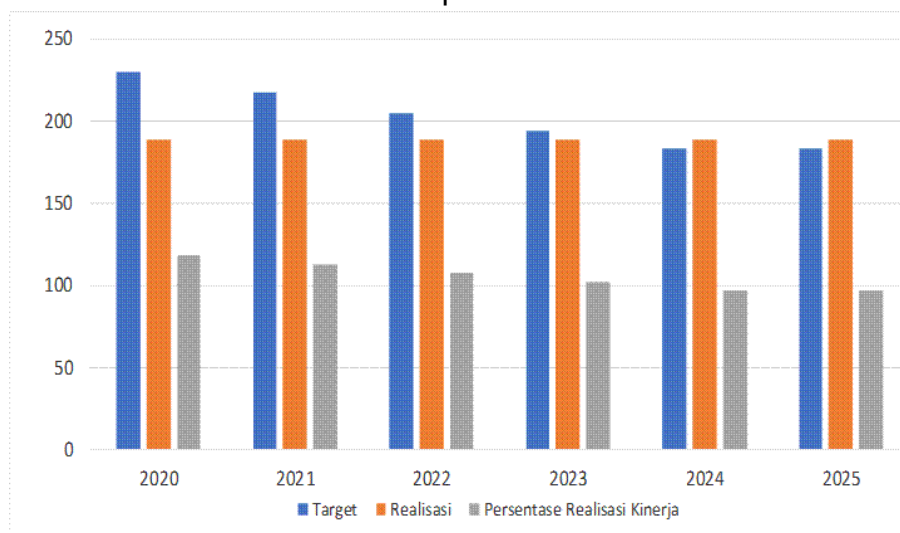
Sumber : Longform, SP (2020)

Distribusi angka kematian ibu berdasarkan Longform SP 2020 sebagaimana tampak pada Grafik 3.3 menunjukkan AKI tertinggi masih berada di wilayah timur yaitu Papua pegunungan dengan angka 638 / 100.000 KH. Disparitas atau kesenjangan tersebut tampak jelas antara provinsi di bagian barat dan timur Indonesia dan menunjukkan pelaksanaan intervensi belum merata dilakukan di setiap daerah.

AKI pada Tahun 2025 Semester 1 masih merujuk kepada hasil *Long Form*

Sensus Penduduk 2020 yaitu 189 per 100.000 KH, walaupun terdapat perbedaan target AKI dari 2020 sampai dengan 2024, sehingga walaupun realisasi tetap, tetapi karena target terus meningkat maka realisasi kinerja terus menurun.

Grafik 3 Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup Tahun 2020 - 2025



Pencapaian tersebut harus tetap dipertahankan, bahkan didorong menjadi lebih baik lagi untuk mencapai target di Tahun 2025 yaitu 183 Kematian per 100.000 Kelahiran Hidup dan > 70 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup di Tahun 2030.

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

1. Kebijakan persalinan di fasilitas kesehatan oleh tim minimal 2 (dua) orang terdiri dari Dokter dan bidan atau 2 orang bidan atau Bidan dan perawat
2. Penyediaan USG di setiap Puskesmas untuk pemeriksaan kehamilan beserta pelatihan USG untuk dokter
3. Penguatan skrining ibu hamil di Puskesmas, Puskesmas pembantu dan Posyandu diukung dengan penguatan laboratorium di Puskesmas dan kabupaten
4. Pemeriksaan kehamilan sesuai standar paling sedikit 6 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 2 kali pada trimester ke-2, 3 kali pada trimester ke-3
5. Pemenuhan sarana prasarana, peralatan dan BMHP pelayanan kesehatan ibu dan anak di Puskesmas, Pustu dan Posyandu
6. Kegiatan peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan, seperti peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dan pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal melibatkan organisasi profesi.

7. Pendampingan RSUD oleh RS Rujukan dan Organisasi Profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal.
8. Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB seperti kerjasama dengan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Riset dan Teknologi untuk peningkatan literasi, skrining anemia pada rematri, pendampingan pemberian Tablet Tambah Darah bagi remaja putri. Kerjasama dengan Kementerian Agama dalam konsultasi kesehatan bagi calon pengantin dan lain-lain
9. Pelaksanaan kelas ibu hamil
10. Peningkatan pelaksanaan surveilan kematian ibu melalui MPDN, pelaksanaan AMPSR dan
11. Dukungan anggaran melalui menu kegiatan terkait penurunan AKI AKB dalam DAK Non Fisik.

Adapun faktor penghambat capaian kinerja indikator AKI, antara lain:

1. Kondisi kesehatan remaja putri sebagai calon ibu hamil yang masih belum optimal
2. Distribusi sarana prasarana dan tenaga kesehatan belum merata di seluruh wilayah Indonesia, terutama di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan.
3. Perpindahan dan mutasi tenaga kesehatan yang berkompeten dan terlatih sangat tinggi
4. Kondisi geografis yang beragam menjadi tantangan di berbagai wilayah

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

1. Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi
2. Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi, di antaranya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual
3. Dukungan APBN kepada Daerah untuk kegiatan terkait untuk percepatan penurunan angka kematian ibu.
4. Penyediaan alat kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan ibu bagi masyarakat antara lain alat USG 2 dimensi

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

1. Penguatan koordinasi dan kolaborasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam meningkatkan sinergitas pelaksanaan program penurunan AKI dan AKB.
2. Memperkuat kerja sama dengan lintas sektor dalam lingkup nasional maupun internasional dalam mendukung intervensi penurunan AKI dan AKB.
3. Memperkuat sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal

4. Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil
5. Meningkatkan kesehatan remaja putri

3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup)

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

Definisi Operasional yang digunakan untuk indikator AKB (per 1.000 kelahiran hidup) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1.000 kelahiran hidup pada periode waktu yang sama. AKB dihitung jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1.000 kelahiran hidup pada periode waktu yang sama. AKB dihitung dengan Jumlah kematian bayi dibagi jumlah lahir hidup dikali 1.000

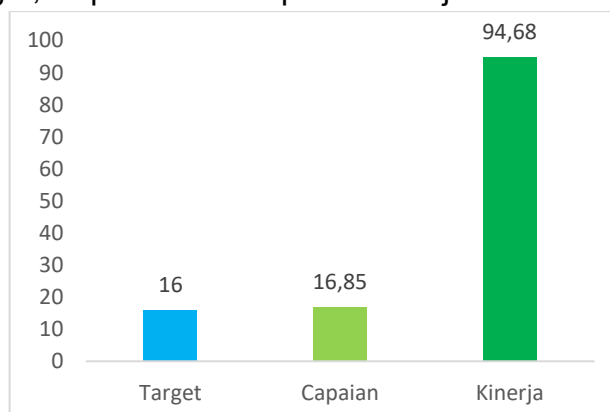
Seperti data Angka Kematian Ibu, data Angka Kematian Bayi juga didapat dari survei/riset/sensus secara nasional yang dilakukan oleh institusi resmi secara berkala, dan diakui oleh Pemerintah, yaitu:

1. Sensus penduduk dilakukan 10 tahun sekali; atau
2. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (diantara 2 sensus penduduk)

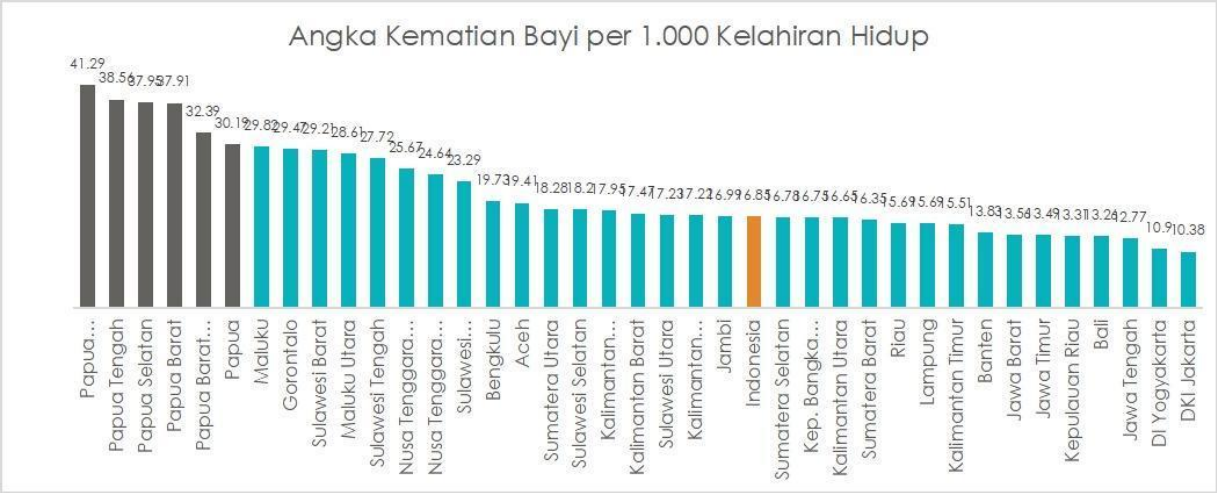
Oleh karena itu pelaporan AKB tidak tersedia secara tahunan, Capaian Kinerja Indikator AKB pada Tahun 2025 Semester 1 masih merujuk kepada hasil *Long Form* Sensus Penduduk 2020 yaitu 16,85 per 1.000 KH.

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

Grafik 4 Target, Capaian dan Capaian Kinerja AKB Semester 1 Tahun 2025



Grafik 5 Distribusi Angka Kematian Bayi Per Wilayah Provinsi TW I 2025

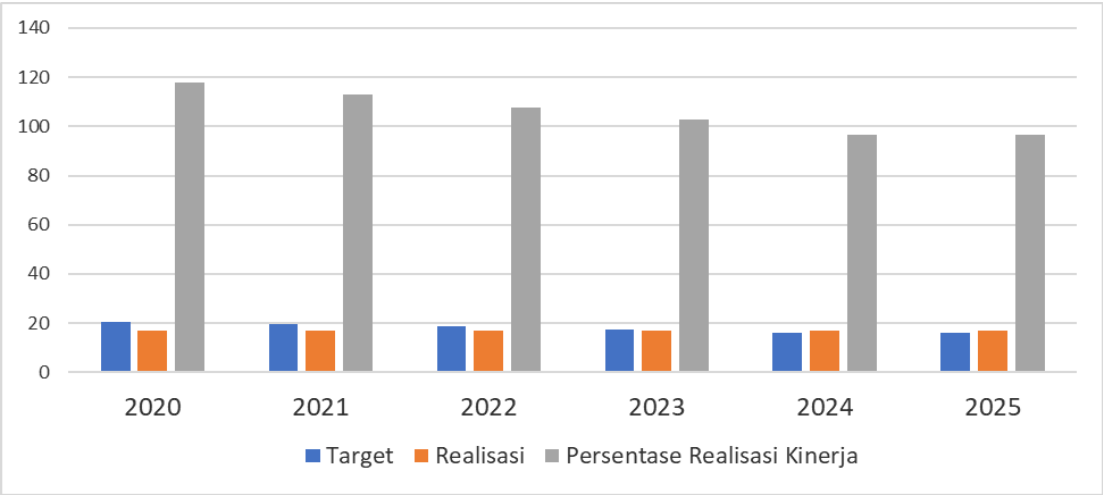


Sumber : Longform, SP (2020)

Lima provinsi di wilayah timur Indonesia memiliki Angka Kematian Bayi tertinggi, yaitu Provinsi Papua Pegunungan, Papua Tengah, Papua Selatan, Papua Barat Daya, dan Papua. Sedangkan Provnsi DKI Jakarta, DIY, Jawa Tengah, Bali, dan Kepulauan Riau menempati tingkat AKB terendah.

Angka Kematian Bayi pada Tahun 2025 Semester 1 masih merujuk kepada hasil *Long Form* Sensus Penduduk 2020 yaitu 16,85 per 1.000 KH, walaupun terdapat perbedaan target AKB dari 2020 sampai dengan 2025, sehingga walaupun realisasi tetap, tetapi karena target terus meningkat maka realisasi kinerja terus menurun.

Grafik 6 Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup



Upaya-upaya yang telah dan masih dilakukan dalam mendukung indikator Angka Kematian Bayi yaitu sebagai berikut:

- a. Kegiatan peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan, seperti peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan metode blended learning, Manajemen bayi berat lahir rendah (BBLR) dan pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal
- b. Pendampingan RSUD oleh RS Rujukan dan Organisasi Profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal
- c. Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB
- d. Skrining bayi baru lahir diantaranya Skrining Hipotiroid Kongenital, Skrining Hiperplasia Adrenal Kongenital, dan Skrining Glukosa-6-Fosfat-Dehidrogenase (G6PD) yang tersedianya baik di APBN maupun DAK Nonfisik
- e. Tersedianya menu kegiatan terkait penurunan AKI AKB dalam DAK Non Fisik
- f. Peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan melalui berbagai orientasi/sosialisasi penggunaan aplikasi kepada pengelola program dan penginput data program
- g. Penyusunan Kebijakan Tatalaksana Prematuritas dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), Asfiksia dan Respiratory Distress Syndrome (RDS)
- h. Orientasi Pelayanan Ibu dan Bayi dalam Percepatan Penurunan AKI AKB, Infant Pulse, BBLR, dan SHK

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

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

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

1. Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
2. Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
3. Dukungan APBN kepada Daerah untuk kegiatan terkait untuk percepatan penurunan angka kematian bayi
4. Tersedianya sistem informasi pencatatan dan pelaporan angka kematian bayi.

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

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

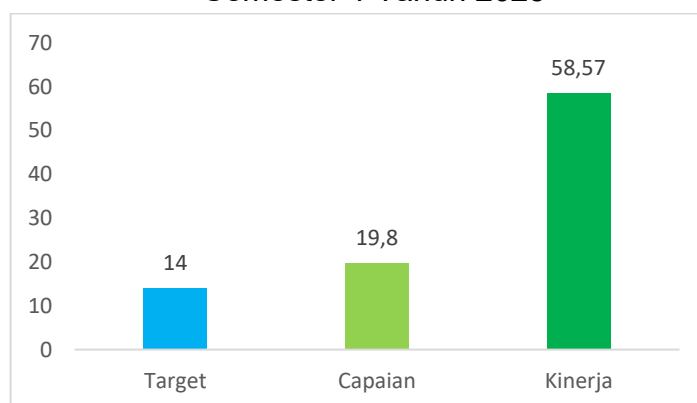
4. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek(%))

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

Indikator prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) memiliki definisi operasional Persentase anak umur 0 - 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score kurang dari -2 SD. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) dihitung dengan formulasi Jumlah balita pendek dibagi jumlah balita diukur panjang atau tinggi badan dikali 100.

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

Grafik 7 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja Prevalensi Stunting Semester 1 Tahun 2025



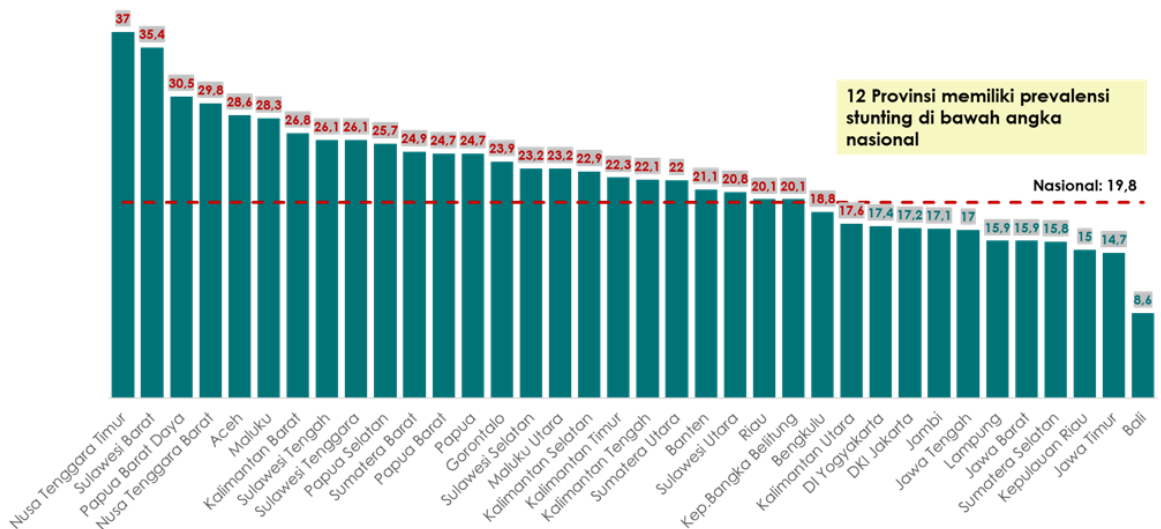
Secara nasional prevalensi stunting mengalami penurunan, dari 21,5% di tahun 2023 (SKI, 2023) menjadi 19,8% di tahun 2024 (Survei Status Gizi Indonesia, 2022). Hasil tersebut merupakan hal baik namun masih perlu peningkatan, karena masih dibawah target Tahun 2025 yaitu 14%.

Grafik 8 Capaian Indikator Stunting 2021- Semester 1 Tahun 2025



Adapun sebaran untuk masing masing provinsi sebagaimana grafik diatas sebagai berikut :

Grafik 9 Prevalensi Balita Stunting berdasarkan Provinsi



Lima provinsi dengan prevalesi stunting terbesar berdasarkan SSGI 2025 yaitu Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Barat, Papua Barat Daya, Nusa Tenggara Barat, dan Aceh. Sedangkan Lima provinsi terendah berdasarkan SKI 2023 yaitu Bali, Jawa Timur, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan dan Jawa Barat.

Lima Gerakan cegah stunting yang telah dilakukan antar Kementerian dan

Lembaga dalam Percepatan Penurunan Stunting diantaranya Aksi Bergizi, Bumil Sehat, Aktifkan Posyandu, Jambore Kader dan Cegah Stunting Itu Penting. Dimulai pada tahun 2023, Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) kepada Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang dalam rangka Percepatan Penurunan Stunting difokuskan pada pemberian PMT yang berbasis pangan lokal, sehingga tiap daerah dapat menyesuaikan pembelian bahan pangan dengan kondisi daerah masing-masing.

		Sasaran	Program
Spesifik	Sebelum lahir	 Remaja Putri	1 <i>Screening anemia</i> Pemeriksaan kesehatan termasuk kadar hemoglobin siswi kelas 7 & 10
			2 <i>Konsumsi tablet tambah darah (TTD)</i> Pemberian TTD setiap minggu di sekolah
	Saat hamil	 Ibu Hamil	3 <i>Pemeriksaan kehamilan</i> Pelaksanaan <i>antenatal care</i> (ANC) 6x (2x dengan dokter), termasuk penggunaan USG
			4 <i>Konsumsi tablet tambah darah (TTD)</i> Pemberian tablet tambah darah ibu hamil (minimal 90 selama kehamilan)
			5 <i>Pemberian makanan tambahan bagi ibu KEK</i> Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil KEK berupa protein hewani
	Setelah lahir	 Balita	6 <i>Pemantauan tumbuh kembang</i> Penimbangan, pengukuran panjang badan, dan pemantauan perkembangan balita di Posyandu setiap bulan
			7 <i>ASI eksklusif</i> Pemberian ASI eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan
			8 <i>Pemberian makanan tambahan protein hewani bagi baduta</i> Pemberian protein hewani bagi anak 12-23 bulan, berupa telur dan sumber protein lainnya.
			9 <i>Tatalaksana balita dengan masalah gizi</i> Merujuk balita dengan <i>weight faltering</i> & masalah gizi dari Posyandu ke Puskesmas, serta memberikan makanan tambahan untuk <i>weight faltering</i> & gizi kurang, formula 75 dan formula 100 untuk gizi buruk. Merujuk balita stunting & masalah gizi yang tidak tertangani di Puskesmas ke RS dan memberikan PKMK.
			10 <i>Peningkatan cakupan dan perluasan jenis imunisasi</i> Pelayanan rutin, kampanye bulan imunisasi dasar dan 3 imunisasi tambahan (PCV, Rotavirus, HPV). Imunisasi tambahan PCV mencegah pneumonia dan Rotavirus mencegah diare, sehingga mencegah terganggunya pertumbuhan.
	Sebelum dan Setelah lahir	 Remaja Putri, Ibu Hamil, Balita & Masyarakat Umum	11 <i>Edukasi remaja putri, ibu hamil, dan keluarga balita</i>

Gambar 2 Strategi Percepatan Penurunan Stunting

Berdasarkan Gambar tersebut, Strategi Pecepatan Stunting terbagi menjadi 2 (dua) Program Intervensi yaitu Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif yang dimulai dari sebelum hamil, saat hamil, dan setelah hamil/lahir. Sasaran dari program tersebut terbagi atas Remaja Putri, Ibu Hamil, Balita, dan Masyarakat Umum. Kesebelas program tersebut tidak seluruhnya menjadi tanggung jawab Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, dibutuhkan kerjasama dengan Direktorat lain juga Kementerian/Lembaga lainnya sesuai dengan yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting.

Saat ini upaya percepatan pencapaian target intervensi spesifik telah dilakukan dengan berbagai cara. Selain melalui koordinasi dan penguatan peran sektoral di semua level yang berkontribusi terhadap intervensi spesifik, pemanfaatan peran serta masyarakat melalui pemberdayaan, juga diharapkan kerja sama dan dukungan universitas/perguruan tinggi dan organisasi profesi.

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

- Peningkatan kesehatan remaja putri melalui skrining anemia dan konsumsi tablet tambah darah remaja putri
- Pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar
- Pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil KEK dan Balita bermasalah gizi
- Pemantauan pertumbuhan Balita

- Peningkatan pelayanan kesehatan bayi dan Balit amelalui inisisai menyusui dini (IMD), pemberian ASI Ekesklusif dan MP ASI
- imunisasi dasar lengkap

Faktor pendukung dalam penurunan dan pencegahan stunting adalah sebagai berikut:

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

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

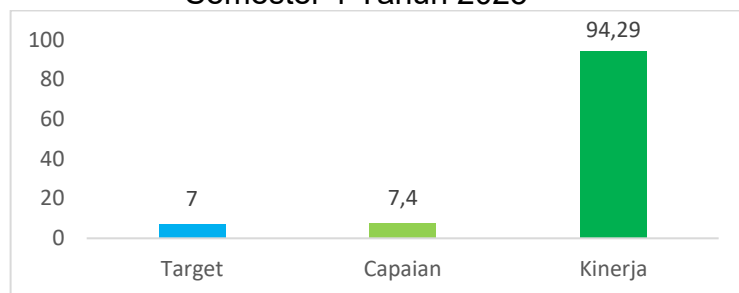
- Pelaksanaan intervensi stunting belum mencapai target
- Komitmen setiap program dan sektor serta instansi hingga masyarakat yang terlibat masih perlu diperkuat Kembali
- Alternatif kegiatan untuk penurunan prevalensi stunting adalah:
- Optimalisasi pelaksanaan intervensi spesifik: pemenuhan gizi ibu hamil, pemberian ASI eksklusif, imunisasi, vitamin, pengobatan infeksi
- Optimalisasi pelaksanaan intervensi sensitif: air bersih, sanitasi, pendidikan gizi, program keluarga sejahtera, perlindungan sosial
- Optimalisasi Konvergensi lintas sektor: kolaborasi pemerintah pusat, daerah, dan masyarakat.

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

Definisi operasional persentase wasting (gizi kurang dan gizi buruk) pada balita adalah persentase anak umur 0 - 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score kurang dari -2 SD pada suatu wilayah dan kurun waktu tertentu. Angka prevalensi tersebut didapatkan dari pembagian jumlah balita gizi kurang dan gizi buruk dan jumlah balita diukur berat badan dan panjang/tinggi badan dikali 100%.

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

Grafik 10 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja Prevalensi Wasting Semester 1 Tahun 2025



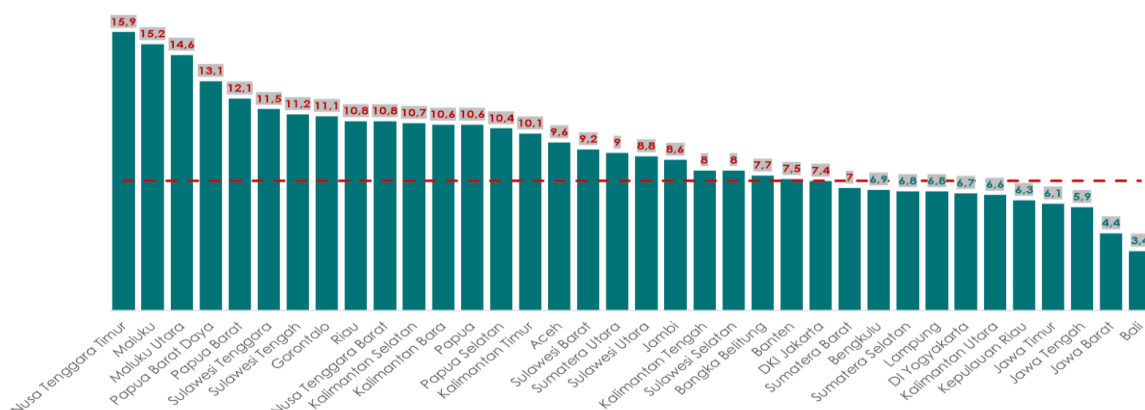
Prevalensi wasting berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 belum mencapai target RPJMN tahun 2024 sebesar 7%. Adapun tren besaran masalah wasting dalam 10 tahun terakhir adalah sebagai berikut.

Grafik 11 Capaian Indikator Wasting Tahun 2022- 2025 Semester 1



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

Grafik 12 Prevalensi Balita Wasting Per Provinsi



Sumber Data SSGI Tahun 2024

Dari 38 provinsi, terdapat 10 provinsi yang berada di bawah 7%, dengan capaian terendah yaitu Provinsi Bali, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Kalimantan Barat.

Beberapa faktor yang menghambat pencapaian target penurunan wasting sebagai berikut :

1. Diet yang tidak adekuat dan kerawanan pangan berkontribusi terhadap status gizi
 - Akses ekonomi (keterjangkauan) pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan adalah penyebab utama kerawanan pangan.
 - Pengeluaran untuk makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar cenderung diproses
 - Status kesehatan, akses yang tidak memadai ke pelayanan kesehatan, dan air dan sanitasi, terkait status gizi
 - Akses ekonomi (keterjangkauan) pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan adalah penyebab utama kerawanan pangan.
 - Pengeluaran untuk makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar cenderung diproses
 - Status kesehatan, akses yang tidak memadai ke pelayanan kesehatan, dan air dan sanitasi, terkait status gizi
2. Pemberian makan pada bayi dan anak dan asupan makanan ibu yang tidak adekuat serta praktik perawatan ibu dan pengasuhan anak yang suboptimal
3. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita masih belum optimal dalam aspek persiapan, pelaksanaan, dan pelaporan. Hal ini termasuk belum optimalnya kapasitas petugas serta sarana dan prasarana pendukung,

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

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

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

1. Peningkatan pengetahuan terkait pemenuhan gizi masyarakat melalui pemanfaatan pangan lokal guna mendukung pemenuhan makanan tambahan bagi balita gizi kurang dan ibu hamil kurang energi kronis.
2. Peningkatan kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM) dalam menyelenggarakan program dan intervensi gizi
3. Peningkatan kualitas layanan, termasuk sarana dan prasarana, standar pelayanan, dan pelaksanaan evaluasinya
4. Penguatan Edukasi serta Penguatan Manajemen Intervensi Gizi di Puskesmas dan Posyandu
5. Pemantauan berkala dan berjenjang oleh pemerintah pusat, dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota terhadap intervensi spesifik stunting

I. Indikator Kinerja Program Kesehatan Primer dan Komunitas

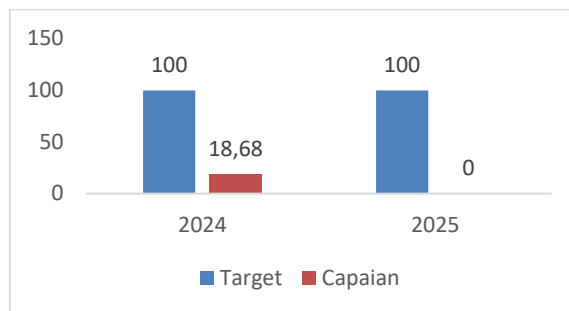
1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga

Kabupaten/Kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga adalah kabupaten/kota yang telah melakukan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat berdasarkan siklus hidupnya. Indikator ini menunjukkan kemampuan performa Kabupaten/Kota dalam melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat.

Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga didefinisikan sebagai Persentase kabupaten/kota yang telah mencapai target indikator kesehatan keluarga (minimal 4 dari 7 indikator berikut: capaian ANC 6 kali, persalinan di fasilitas kesehatan, bayi yang mendapatkan pelayanan kesehatan, balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya, Puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi untuk calon pengantin, lansia mendapatkan pelayanan kesehatan, dan usia ≥ 15 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa yang mendapatkan skrining).

Cara perhitungan indikator persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga adalah Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi keluarga dibagi seluruh Kabupaten/Kota dikali 100%.

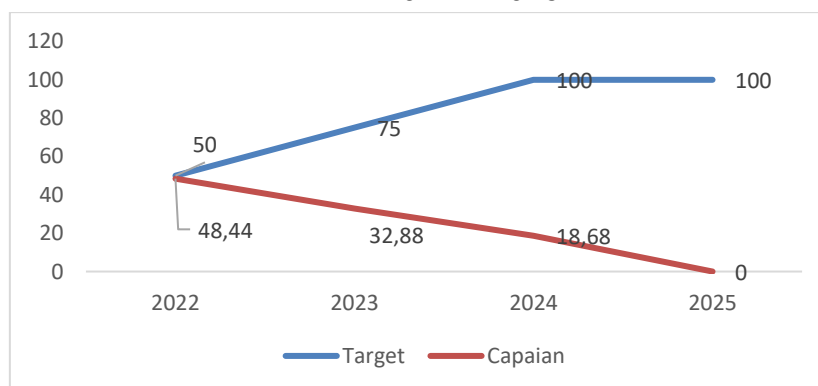
Grafik 13 Perbandingan Capaian Kinerja Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Intervensi Kesehatan Keluarga Tahun 2024 dan Semester 1 Tahun 2025



Sumber data : Komdat Kesmas

Berdasarkan data rutin, capaian indikator Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga tahun 2025 sebesar 0% dari target 100%, sehingga capaian kinerja sebesar 0%.

Grafik 14 Tren Perbandingan Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Intervensi Kesehatan Keluarga Tahun 2022 – 2025



Sumber data : Komdat Kesmas

Berdasarkan grafik diatas terlihat capaian persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga dari tahun 2022 - 2025 semakin tahun semakin jauh dari target yang ditetapkan. Hal ini disebabkan selain target indikator kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga meningkat tetapi juga tujuh indikator prasyaratnya tiap tahun meningkat.

Indikator capaian kinerja persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan tahun 2025 semester 1 masih 0. Hal ini disebabkan pada semester pertama indikator pendukung seperti ANC 6 kali, persalinan di fasilitas kesehatan, bayi yang mendapatkan pelayanan kesehatan, balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya, Puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi untuk calon pengantin, lansia mendapatkan pelayanan

kesehatan, dan usia ≥ 15 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa yang mendapatkan skrining belum ada yang sudah mencapai target. Sedangkan indikator persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan dicapai jika minimal 4 dari 7 indikator tersebut yang mencapai target.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan antara lain:

1. Monitoring dan pendampingan pada daerah
2. Optimalisasi sistem pencatatan dan pelaporan
3. Pembinaan program secara terus menerus
4. Koordinasi dengan semua pihak terkait dengan data, seperti Pusdatin, BPS dan lain-lain

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

1. Data sasaran (proyeksi) terlalu tinggi
2. Target capaian terlalu tinggi
3. Belum optimalnya sistem pencatatan dan pelaporan

Faktor yang mendukung pencapaian kinerja antara lain:

1. Indikator pendukung persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan merupakan indikator kinerja program dan indikator kinerja kegiatan pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan
2. Tersedia sistem pelaporan
3. Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK
4. Dukungan APBN kepada Daerah, seperti DAK Non fisik dan fisik

Adapun alternatif solusi sebagai berikut:

1. Koordinasi dengan semua pihak terkait dengan data, seperti Pusdatin, BPS dan lain-lain secara berkelanjutan
2. pembinaan dan pendampingan pada daerah dalam pelaksanaan program
3. Monitoring dan optimalisasi sistem pencatatan dan pelaporan
4. Evaluasi target program

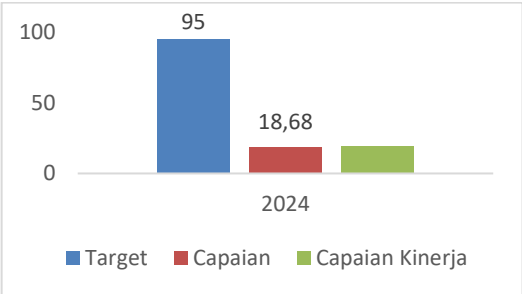
2. Persentase Ibu Bersalin di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (PF)

Persentase ibu bersalin di faskes (PF) adalah ibu Persentase ibu yang bersalin di fasilitas kesehatan di suatu wilayah pada kurun waktu yang tertentu sesuai standar (sesuai SPM). Persalinan sebagaimana dimaksud dilakukan oleh tim paling sedikit 1 (satu) orang Tenaga Medis dan 2 (dua) orang Tenaga Kesehatan. Dalam hal terdapat keterbatasan akses persalinan di fasyankes sebagaimana dimaksud di atas, persalinan tanpa komplikasi dapat dilakukan oleh tim paling sedikit 2 (dua) orang Tenaga Kesehatan, yang terdiri atas bidan dan perawat atau 2 (dua) orang bidan. Perhitungan indikator melihat persentase ibu bersalin di fasilitas kesehatan pada kurun waktu tertentu di suatu wilayah dibagi jumlah sasaran ibu bersalin pada kurun waktu yang sama di suatu wilayah.

Capaian indikator persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan

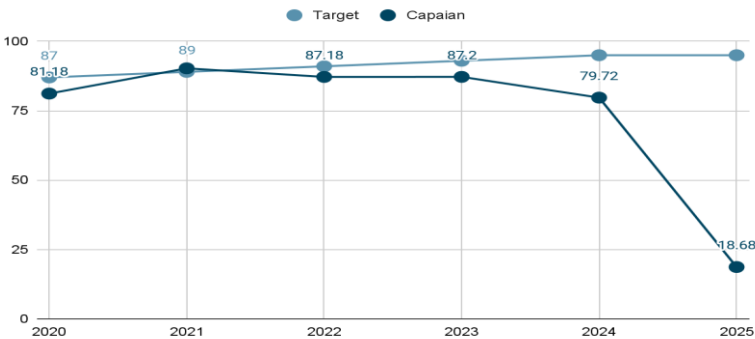
(fasyankes) Tahun 2025 sebesar 18,68% dari tagret sebesar 95 % sehingga capaian kinerja indikator sebesar 19,66%.

Grafik 15 Capaian Kinerja Persentase Ibu Bersalin di Fasilitas Kesehatan (PF) Tahun 2025 Semester 1



Sumber data: Komdat Kesmas

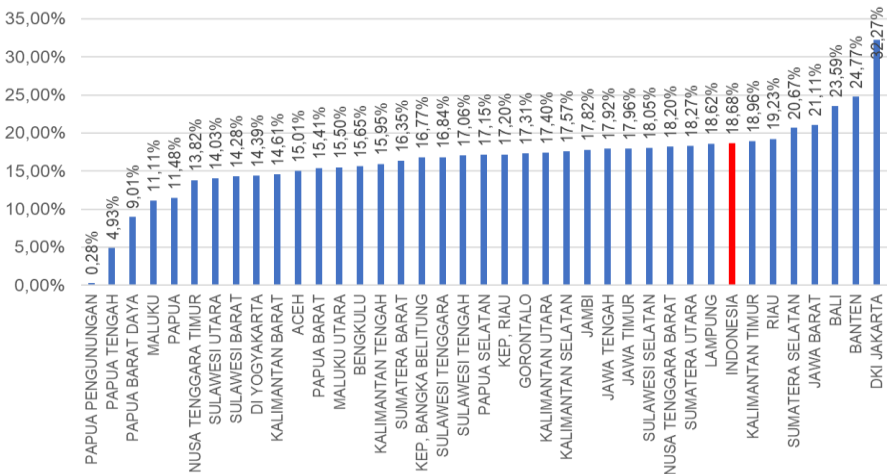
Grafik 16 Tren Perbandingan Target dan Capaian Persentase Ibu Bersalin di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (PF) Tahun 2020 - Semester I Tahun 2025



Sumber: Komdat Kesmas

Distribusi capaian indikator persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) per Provinsi Tahun 2025 Semester 1 dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik 17 Capaian Kinerja persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) per Provinsi pada Triwulan I Tahun 2025



Berdasarkan grafik di atas, provinsi dengan capaian persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) yang tertinggi adalah Provinsi DKI Jakarta, disusul oleh Provinsi Banten dan Bali. Di sisi lain, dapat dilihat bahwa ada perbedaan besar pada capaian program diantara provinsi di Indonesia.

Kedisiplinan dalam pelaporan hasil kinerja tersebut menjadi salah satu isu penting yang perlu menjadi perhatian. Meskipun sudah tersedia sistem informasi capaian data nasional yang dapat diakses oleh dinas kesehatan, kesadaran untuk melakukan pelaporan perlu ditingkatkan kembali.

Untuk dapat mencapai target tahun 2025, diperlukan berbagai upaya dalam mencapai target tersebut melalui kegiatan sebagai berikut:

1. Kolaborasi lintas sektor dan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan P4K dan pemantauan - pendampingan ibu hamil dan bayi berisiko. Kegiatan ini melibatkan organisasi masyarakat seperti kader, kelompok PKK, yayasan keagamaan, tokoh agama, tokoh adat, tokoh masyarakat, OPD/ perangkat desa untuk bersinergi melaksanakan program P4K, pemantauan - pendampingan ibu hamil dan bayi risiko tinggi di tingkat desa.
2. Pengampuan KIA bagi kab/kota dengan jumlah kematian terbanyak melalui kolaborasi dengan organisasi profesi dan RS pengampu di wilayahnya. Kegiatan ini meliputi peningkatan kapasitas tim pemberi pelayanan KIA di Puskesmas (dokter, bidan dan perawat) melalui pelatihan serta pendampingan FKTP oleh spesialis obstetri ginekologi dan spesialis anak. Dengan adanya pendampingan ini diharapkan dapat memperbaiki kualitas ANC di FKTP dan memperbaiki kemampuan FKTP dalam melakukan stabilisasi pra rujukan kegawatdaruratan maternal neonatal.
3. Salah satu upaya dalam percepatan penurunan AKI dan AKB adalah skrining risiko komplikasi sejak sebelum kehamilan, masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir, penatalaksanaan yang tepat, penanganan kegawatdaruratan termasuk didalamnya upaya stabilisasi pra rujukan yang adekuat. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan persalinan diperlukan fasilitas kesehatan mampu memberikan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Saat ini tengah disusun draft pedoman PONED untuk menjadi acuan kab/kota dalam meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan ibu dan anak di tingkat FKTP.
4. Penguatan Kelas Ibu hamil
Kelas ibu hamil merupakan sarana berbagi pengalaman antara ibu hamil dengan tenaga kesehatan maupun antar sesama ibu hamil serta menjadi sarana pemberian edukasi untuk menumbuhkan demand creation bagi ibu dan keluarganya dalam mengakses pelayanan kesehatan selama masa hamil, persalinan, nifas dan pelayanan bagi bayi hingga balita. Penguatan dilakukan dengan terlebih dulu meningkatkan kapasitas fasilitator dalam melakukan fasilitasi kelas ibu hamil dengan meningkatkan pemanfaatan buku

KIA dan interaksi dua arah antara ibu dan fasilitator. Diharapkan dengan kemampuan memfasilitasi yang baik, pesan-pesan dan tujuan dari kelas ibu hamil dapat tersampaikan dengan baik sehingga akan berpengaruh terhadap pengetahuan, perubahan perilaku ibu dan keluarga utamanya dalam melakukan persalinan di faskes,

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

1. Terdapat kendala akses geografi pada beberapa wilayah sehingga ibu masih melahirkan di rumah
2. Pelaporan capaian kinerja belum maksimal dilaksanakan oleh petugas program di dinas kesehatan
3. Kendala pelaksanaan persalinan dengan maraknya persalinan di luar fasyankes yang dipengaruhi oleh kepercayaan dan adat istiadat
4. Efisiensi anggaran di tahun 2025 yang menyebabkan beberapa kegiatan dalam rangka penguatan daerah tidak berjalan maksimal

Faktor yang mendukung pencapaian kinerja indikator persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan antara lain:

1. Tersedia sistem pelaporan capaian program pelayanan kesehatan ibu dan bayi
2. Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi, termasuk terkait persalinan di fasilitas kesehatan
3. Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi. Pada tahun 2021 telah terbit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual
4. Penyediaan alat kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan ibu bagi masyarakat yaitu alat USG 2 dimensi yang tersedia di setiap Puskesmas
5. Dukungan dana ke dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas melalui dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dalam melaksanakan berbagai kegiatan dalam upaya penurunan AKI dan AKB termasuk penyediaan TTK untuk mendekatkan akses ibu bersalin ke faskes
6. Adanya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi serta kegawatdaruratan

Adapun alternatif solusi dalam mencapai target pencapaian kinerja indikator persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan antara lain:

- a. Meningkatkan Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan seperti penyediaan atau perbaikan fasyankes, perbaikan jalan, penyediaan TTK, memastikan ketersediaan alat kesehatan dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan
- b. Penguatan dan peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan

pada platform yang tersedia yang membantu pelaksanaan pelaporan program.

- c. Peningkatan Kesadaran Masyarakat pentingnya persalinan di fasyankes melalui penguatan saat kelas ibu, edukasi saat ANC, pendekatan oleh kader atau tokoh agama/ tokoh adat/ tokoh masyarakat setempat
- d. Meningkatkan dukungan dan komitmen Lintas sektor dan lintas program, seperti Pemda dalam pencapaian SPM Bidang Kesehatan, termasuk organisasi profesi di dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak.
- e. Meningkatkan dukungan dan komitmen Lintas sektor dan lintas program, seperti Pemda dalam pencapaian SPM Bidang Kesehatan, termasuk organisasi profesi di dalam pelayanan kesehatan ibu dan

3. Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK)

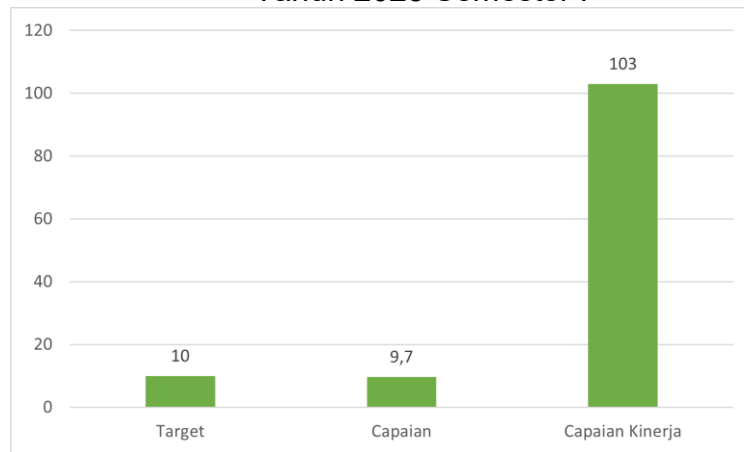
Masalah gizi pada ibu hamil berkaitan dengan erat kekurangan zat gizi, baik makro maupun mikro. Status kurang energi kronik (KEK) dapat terjadi bahkan sebelum masa kehamilan berlangsung. Masalah gizi tersebut menjadi salah satu parameter penilaian untuk mendeteksi masalah gizi yang ditandai oleh Indeks Massa Tubuh Pra hamil atau pada Trimester 1 dan Lingka Lengan Atas.

Persentase ibu hamil kurang energi kronik dengan definisi operasional persentase Ibu hamil yang mempunyai Indeks Massa Tubuh Pra hamil atau pada Trimester 1 (< 12 minggu) sebesar < 18,5 kg/m² dan atau Ibu hamil yang mempunyai ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja memiliki rumus perhitungan jumlah ibu hamil yang teridentifikasi KEK dan risiko KEK dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja dibagi jumlah ibu hamil yang diperiksa LILA dan atau diukur IMT dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja dan dikali 100%.

Dari hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2024, masalah Kurang Energi Kronik pada ibu hamil mengalami penurunan menjadi 16,9% dari 17,3% pada tahun 2018 (RISKESDAS). Meskipun demikian, target tahunan sebesar 15% masih belum tercapai. Jika capaian tersebut dibandingkan dengan ambang batas kesehatan masyarakat menurut WHO (WHO, 2010) untuk ibu hamil dengan risiko KEK maka Indonesia masih masuk pada negara yang memiliki masalah kesehatan masyarakat kategori sedang (5-9,9%).

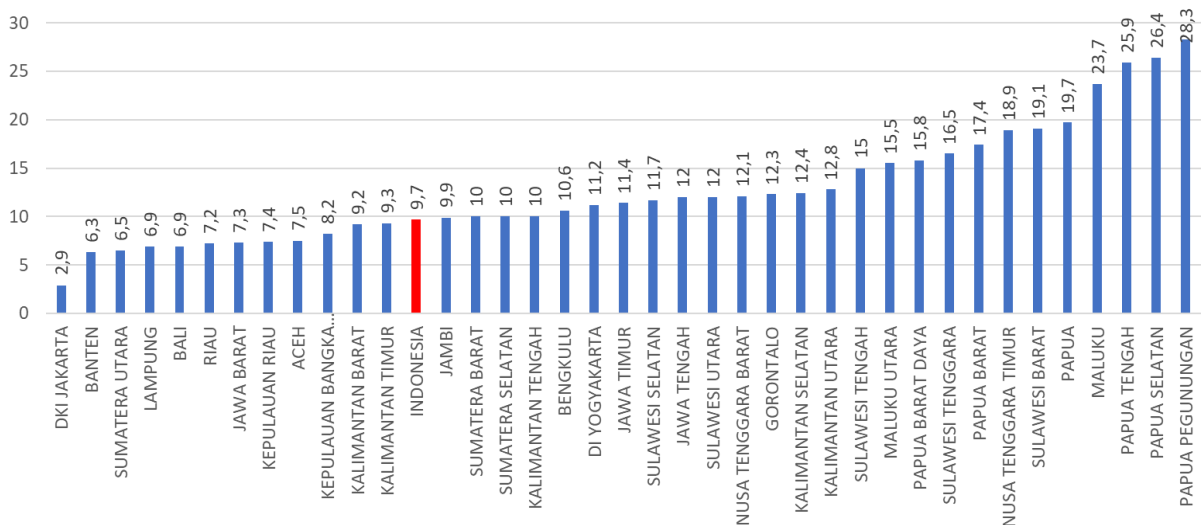
Capaian indikator Persentase ibu hamil kurang energi kronik Tahun 2025 Semester 1 sebesar 9,7%, sudah melampaui target yang ditetapkan yaitu 10%. Sehingga dapat dikatakan capaian kinerjanya sebesar 103%.

**Grafik 18 Capaian Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK)
Tahun 2025 Semester I**



Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

**Grafik 19 Capaian Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) per
Provinsi Tahun 2025 Semester I**

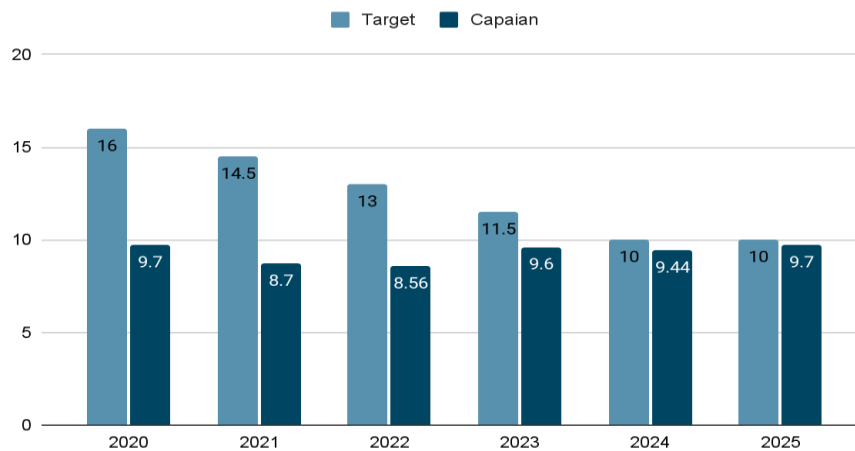


Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

Dengan target tahun 2025 sebesar 10%, terdapat 17 provinsi yang masih melampaui cut off target tersebut, dengan gap antar provinsi dengan capaian tertinggi dan terendah yang sangat lebar yaitu 2,9% di DKI Jakarta sampai 28,3% di Papua Pegunungan.

Capaian Indikator Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) sejak tahun 2020 mampu mencapai target, walaupun pada tahun 2023 menunjukkan kenaikan dan kembali menurun pada tahun 2024.

Grafik 20 Tren Perbandingan Target dan Cakupan Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) Tahun 2020- semester I Tahun 2025



Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

Besarnya masalah kejadian kurang energi kronik pada ibu hamil sebagian besar dipengaruhi oleh persiapan kehamilan dan status gizi pra hamil yang belum optimal. Oleh sebab itu, berbagai upaya diperlukan untuk mencegah terjadinya masalah gizi pada ibu hamil seperti:

- Peningkatan edukasi pra hamil pada calon pengantin dengan menggunakan fasilitas Kelas Ibu yang ada di setiap wilayah Puskesmas
- Skrining lingkaran lengan atas (LiLA) pada calon pengantin dan ibu hamil untuk mengetahui status KEK
- Pemberian makanan tambahan berbahan dasar pangan lokal untuk ibu hamil KEK dan risiko KEK sebagai bagian dari tatalaksana
- Kegiatan pendidikan gizi untuk meningkatkan asupan ibu hamil dan balita melalui pemberian pangan lokal
- Mendorong peningkatan pencapaian target dengan secara rutin melakukan monitoring dan evaluasi pencatatan dan pelaporan di aplikasi Sigizi Kesga
- Peningkatan kapasitas petugas dalam penyediaan makanan tambahan lokal ibu hamil sesuai dengan kebutuhan gizi
- Pemberian Suplementasi Gizi atau Multi Mineral Supplements (MMS) untuk ibu hamil

Faktor yang mendukung pencapaian kinerja dalam pencapaian kinerja indikator persentase ibu hamil kurang energi kronik antara lain:

- Salah satu prosedur pelayanan antenatal adalah penilaian status gizi melalui pengukuran Lingkaran Lengan Atas (LiLA).
- Kelas ibu hamil merupakan sarana untuk menyampaikan informasi terkait gizi

ibu hamil, termasuk makanan bergizi untuk ibu hamil dan manfaat suplementasi gizi untuk ibu hamil.

- c. Penguatan implementasi surveilans gizi dan kesehatan keluarga melalui pencatatan hasil pelayanan kesehatan pada sasaran ibu hamil untuk deteksi dini melalui Sigizi Kesga, sehingga dapat segera ditindaklanjuti sesuai dengan permasalahannya.
- d. Penguatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dan integrasi program terutama untuk mengatasi penyebab langsung masalah gizi khususnya pada ibu hamil.
- e. Pendampingan implementasi gizi spesifik oleh perguruan tinggi
- f. Integrasi kegiatan dengan lintas program untuk meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan gizi pada ibu hamil termasuk ibu hamil pekerja:
- g. Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP) adalah upaya pemerintah, masyarakat maupun pengusaha untuk menggalang dan berperan serta, guna meningkatkan kepedulian dalam upaya memperbaiki kesehatan dan status gizi pekerja perempuan, sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan kualitas generasi penerus. Kegiatan utama GP2SP diantaranya adalah perusahaan menyediakan ruang ASI, mengadakan kelas ibu hamil, cek kesehatan secara berkala dan memperhatikan gizi pekerja hamil dan menyusui di tempat kerja.
- h. Dukungan intervensi gizi sensitif seperti Program Keluarga Harapan, yaitu program bantuan tunai bersyarat dari Kementerian Sosial yang menyasar keluarga yang memiliki ibu hamil, balita dan anak sekolah. Program ini memasukkan indikator pemeriksaan kehamilan sebagai salah satu syarat bagi keluarga agar dapat terus menerima bantuan ini.

4. Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif

Air Susu Ibu adalah makanan terbaik untuk anak dalam 6 bulan pertama kehidupannya karena mengandung zat gizi lengkap yang dibutuhkan oleh seorang bayi dan sangat mudah dicerna oleh perut bayi yang kecil dan sensitif. Hanya memberikan ASI saja sudah sangat cukup untuk memenuhi kebutuhan zat gizi bayi di bawah usia enam bulan. Pemberian ASI Eksklusif pada bayi usia < 6 bulan dapat mengurangi risiko untuk mengalami masalah gizi termasuk stunting (Lancet, 2013).

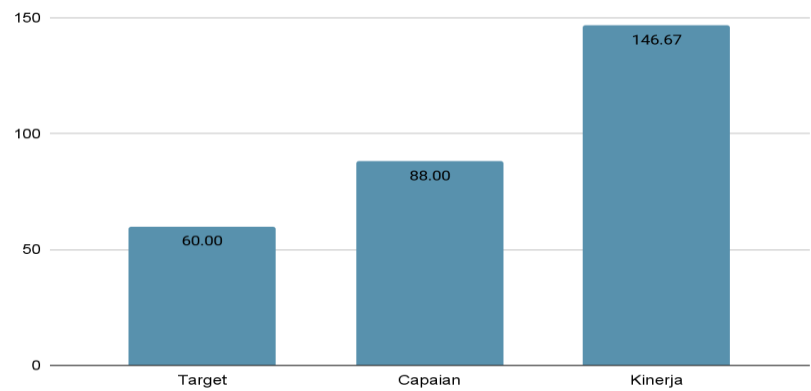
Berbagai studi juga menyatakan anak yang mendapatkan ASI Eksklusif cenderung memiliki kemampuan kognitif yang lebih baik dan berisiko lebih rendah untuk mengalami overweight/obesitas dan penyakit tidak menular pada saat dewasa. Selain itu, pemberian ASI Eksklusif juga memberikan manfaat untuk Ibu, karena mengurangi risiko kanker payudara dan rahim. Disisi lain, salahsatu tantangan untuk keberhasilan pemberian ASI Eksklusif adalah masih banyaknya promosi produk pengganti ASI (susu formula) yang tidak

bertanggungjawab.

Definisi operasional Persentase Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif yaitu bayi usia 0 bulan sampai 5 bulan 29 hari yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral berdasarkan recall 24 jam ada minimal 80% sasaran bayi usia 0-5 bulan dan konfirmasi akhir bayi tidak mendapat makanan atau cairan lain selain ASI, obat, vitamin, dan mineral. Persentase bayi usia kurang 6 bulan dihitung berdasarkan jumlah bayi usia 0-5 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif berdasarkan recall 24 jam dibagi jumlah bayi usia 0-5 bulan yang di-recall 24 jam dikali 100%.

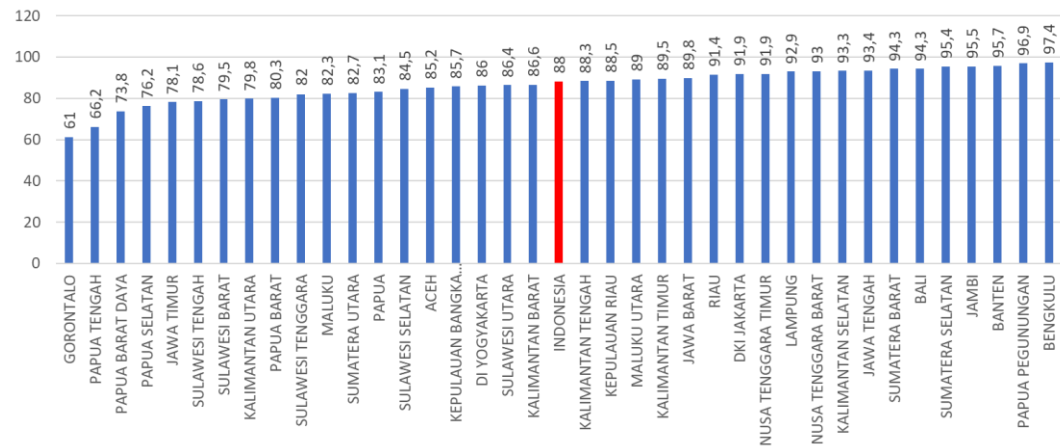
Berdasarkan data rutin dari Sigizi Kesga, Tahun 2025 semester Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif telah mencapai 88% dari target 60% sehingga capaian kinerja indikator tersebut adalah 146,67%.

Grafik 21 Capaian Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif Triwulan I Tahun 2025



Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

Grafik 22 Capaian Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif per Provinsi Tahun 2025 Semester I

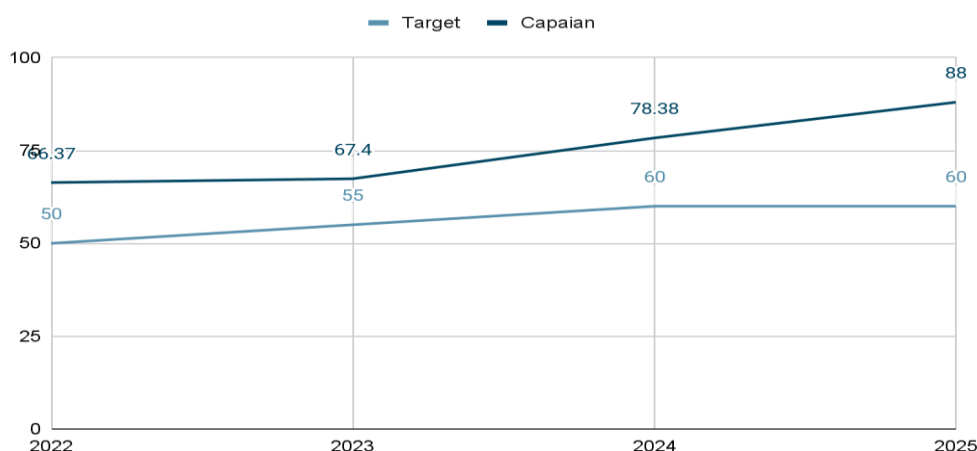


Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

Secara nasional, indikator persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif telah mencapai target 73%. Namun demikian, 2 provinsi, Provinsi Gorontalo (61%) dan Papua Tengah (66,2%), belum mencapai target.

Capaian Indikator Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif sejak tahun 2022 sampai dengan semester 1 tahun 2025 dapat melampaui target dan menunjukkan trend kenaikan.

Grafik 23 Perbandingan Target dan Capaian Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif tahun 2022-2024



Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

Kegiatan yang dilakukan untuk mendukung pencapaian kinerja indikator Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif adalah:

1. Penyusunan RPKM ASI
2. Pelaksanaan Telekonseling Menyusui
3. Penyusunan MOOC pelatihan PMBA dan konseling menyusui

Faktor yang mendukung pencapaian kinerja indikator antara lain:

- a. Regulasi dan kebijakan yang mendukung pemberian ASI Eksklusif
- b. Sosialisasi dan kampanye yang dilakukan secara regular setiap tahun melalui Pekan Menyusui Dunia kepada seluruh lintas program dan lintas sektor, akademisi, lembaga swadaya masyarakat, penggiat ASI dan masyarakat umum.
- c. Dukungan dari lintas program dan lintas sektor dalam percepatan peningkatan cakupan ASI Eksklusif. Saat ini sudah banyak ditemui tempat-tempat khusus menyusui/memerah ASI di tempat-tempat umum seperti bandara, pelabuhan, rumah sakit, pusat perbelanjaan, perkantoran pemerintah dan swasta serta pabrik.
- d. Pencatatan dan pelaporan terkait ASI Eksklusif sudah cukup baik. Catatan tentang pemberian ASI Eksklusif dapat dilakukan pada KMS yang terdapat

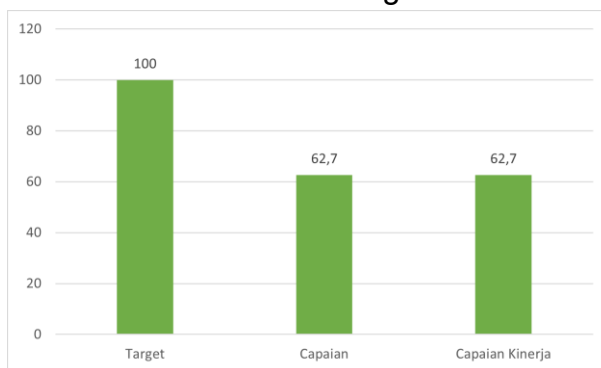
- pada buku KIA, selain itu petugas kesehatan juga telah mencatat cakupan ASI eksklusif melalui aplikasi ePPGBM.
- e. Dukungan dana melalui DAK Non Fisik.

5. Persentase Balita Yang Dipantau Pertumbuhan Dan Perkembangannya

Persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya adalah balita usia 0 – 59 bulan yang ditimbang setidaknya 8 kali dalam satu tahun, diukur panjang badan atau tinggi badan sedikitnya 2 kali dalam satu tahun dan dipantau perkembangannya sedikit 2 kali dalam satu tahun. Instrumen yang digunakan adalah Buku KIA, atau KPSP, atau instrument baku lainnya. Cara perhitungan adalah jumlah balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya kemudian dibagi sasaran balita dan dikali 100.

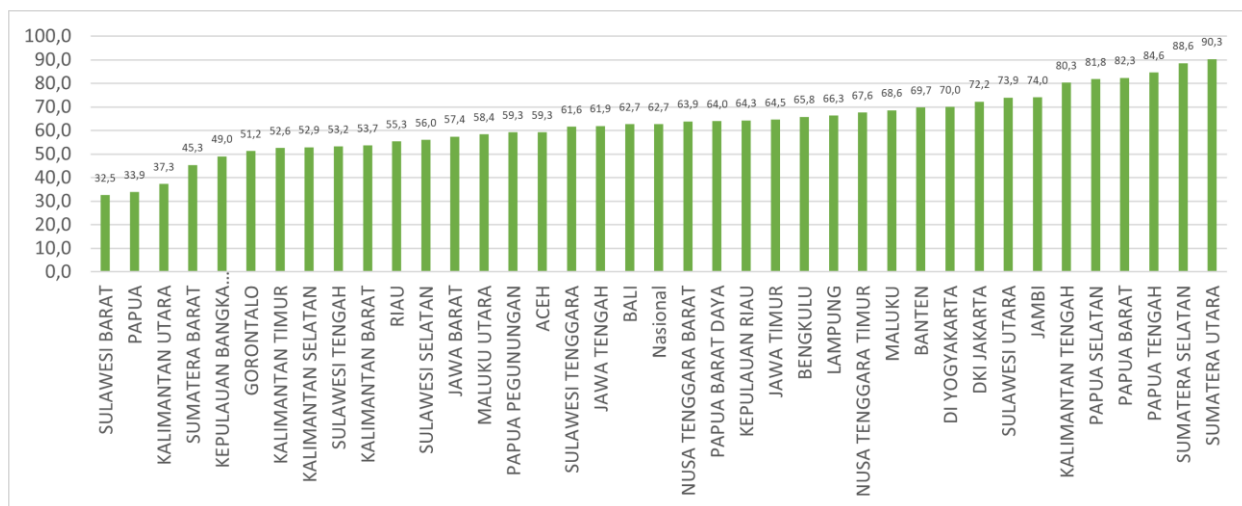
Berdasarkan data Sigizi Kesga pada Tahun 2025 TW I, capaian persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya tidak mencapai target, yaitu 62,7% dari target 100%.

Grafik 24 Target, Capaian dan Kinerja Persentase Balita Yang Dipantau Pertumbuhan dan Perkembangan Tahun 2025 TW I



Sumber data: Sigizi Kesga

Grafik 25 Capaian Persentase Balita Yang Dipantau Pertumbuhan dan Perkembangan per Provinsi Tahun 2025



Berdasarkan grafik di atas, masih terdapat 19 Provinsi yang memiliki capaian di bawah nasional yaitu $< 62,7\%$. Terdapat gap yang cukup besar antara provinsi dengan capaian terendah dan tertinggi yaitu Provinsi Sulawesi Barat dengan capaian 32,5% dan Provinsi Sumatera Utara dengan capaian 90,3%. Kegiatan yang dilakukan untuk mendukung pencapaian kinerja indikator Persentase Balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangan adalah:

- a. Tersedianya alat kesehatan terstandar yang menunjang pelayanan kesehatan balita bagi masyarakat yaitu set Antropometri di setiap Posyandu
- b. Pelaksanaan Kegiatan Pemberian MP-ASI Kaya Protein Hewani
- c. Penyediaan MT Pabrikasi dalam kondisi bencana dan MT Pangan Lokal bagi Balita bermasalah gizi (Gizi kurang, BB kurang, Balita tidak naik BB)
- d. Pelaksanaan Sistem Surveilans Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak (Sigizi Terpadu, E-PPGBM, dll)
- e. Pelatihan Terintegrasi Tumbuh Kembang Dan Pemberian Makan Balita Bagi Tenaga Pelayanan Balita di Puskesmas dan Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Tata Laksana Gizi Buruk
- f. Pemantauan pelaksanaan intervensi spesifik dan sensitif Penurunan Stunting di 12 provinsi prioritas di setiap triwulan

Faktor penghambat dalam pencapaian kinerja indikator adalah sebagai berikut:

- a. Sumber daya masih terbatas, terutama mengenai kader yang pengetahuannya masih belum merata di seluruh daerah serta rendahnya anggaran operasional
- b. Akses geografis yang sulit untuk mencapai fasyankes atau Posyandu
- c. Masih kurangnya kedisiplinan petugas dalam pencatatan dan pelaporan ke dalam aplikasi yang telah disediakan
- d. Masih rendahnya tingkat partisipasi, kebutuhan dan kesadaran masyarakat terhadap pelayanan kesehatan balita dan anak prasekolah melalui kegiatan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan yang dilakukan di Posyandu dan PAUD
- e. Praktik pola asuh orangtua atau keluarga yang masih kurang terhadap kesehatan Balita dan Anak Prasekolah termasuk pemantauan pertumbuhan dan perkembangan Balita

Adapun alternatif solusi dari faktor penghambat tercapainya target pencapaian kinerja indikator

- a. Optimalisasi pemantauan kesehatan masyarakat secara mandiri, seperti pemanfaatan buku KIA sebagai instrumen pemantauan kesehatan Balita. Pemantauan tumbuh kembang balita dapat dilakukan secara mandiri oleh orang tua dengan mengutamakan pemantauan perkembangan serta tanda klinis anak dan segera ditindaklanjuti apabila ditemukan kondisi yang tidak sesuai dengan tumbuh kembang balita yang seharusnya.

- b. Koordinasi bersama lintas sektor seperti BKKBN untuk pendampingan keluarga agar keluarga yang memiliki balita melakukan pemantauan pertumbuhan
- c. Melibatkan peran akademisi dalam pendampingan intervensi spesifik di posyandu
- d. Melakukan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam melakukan pemantauan tumbuh kembang anak dan penyelenggaraan kelas ibu balita
- e. Pemanfaatan kelas ibu balita bersumber dana BOK di setiap Puskesmas yang maksimal

6. Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)

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

Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) mengamanatkan setiap pihak terkait untuk menetapkan kebijakan dan mengambil langkah-langkah sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing untuk mewujudkan GERMAS, melalui peningkatan aktivitas fisik, peningkatan perilaku hidup sehat, penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi, peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit, peningkatan kualitas lingkungan, dan peningkatan edukasi hidup sehat. Sejak diberlakukannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Rencana Strategis Kemenkes Tahun 2020 – 2024 indikator persentase kab/kota yang menerapkan kebijakan Germas menjadi Indikator Kinerja Program, seiring dengan perubahan tersebut definisi operasional dan target capaian indikator GERMAS juga mengalami perubahan.

Definisi operasional Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) adalah kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat (Germas) bila memiliki regulasi terkait Germas dan atau berwawasan kesehatan, dan melaksanakan 2 dari 3 kegiatan berikut:

1. Melaksanakan kampanye Germas tema prioritas
2. Memiliki kegiatan skrining kesehatan di tempat kerja
3. Memiliki kegiatan pembinaan kesehatan tradisional

Penjelasan :

A. Memiliki regulasi terkait Germas :

- Kabupaten Memiliki regulasi terkait Germas adalah Kabupaten/Kota telah memiliki atau menerbitkan kebijakan GERMAS yang ditetapkan oleh Kepala pemerintah daerah (Bupati/Walikota)
- Dan atau memiliki Kebijakan berwawasan kesehatan ditetapkan oleh Bupati/Walikota/Kepala Organisasi Perangkat Daerah berupa Peraturan/Surat Keputusan/Instruksi/Surat Edaran yang mendukung salah satu klaster GERMAS.

B. Melaksanakan kampanye Germas tema prioritas :

Melaksanakan kampanye Germas tema prioritas adalah melaksanakan kampanye 7 tema prioritas melalui berbagai media, meliputi; olahraga, gizi seimbang, anti rokok, skrining kesehatan, imunisasi, patuh pengobatan, sanitasi dan kebersihan lingkungan; dan melaksanakan penggerakan masyarakat dengan melibatkan lintas sektor, swasta, kelompok masyarakat (berupa aksi/mobilisasi masyarakat).

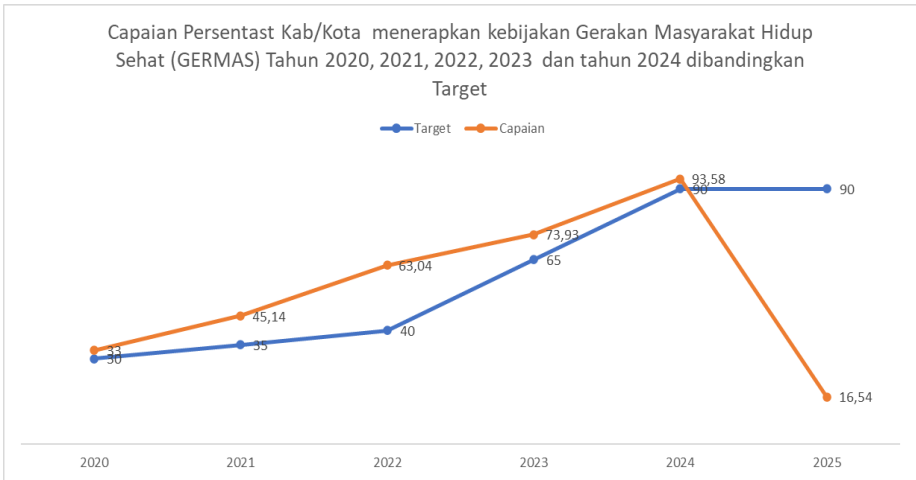
C. Memiliki kegiatan skrining kesehatan di tempat kerja :

Memiliki kegiatan skrining kesehatan di tempat kerja Adalah melaksanakan pemeriksaan skrining kesehatan pada pekerja yang terdiri dari tinggi badan, berat badan, lingkar perut, tekanan darah, dan pengukuran kebugaran minimal 3 bulan sekali; serta pemeriksaan pilihan lainnya sesuai dengan kemampuan seperti gula darah, deteksi kanker leher rahim sedini mungkin dengan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) dan periksa payudara klinis untuk perempuan usia 30- 50 tahun bagi yang sudah menikah atau yang sudah berhubungan seksual, pemeriksaan tajam penglihatan dan pendengaran, kolesterol minimal 1 kali dalam 1 tahun yang dilaksanakan di semua tempat kerja perkantoran OPD (Organisasi Perangkat Daerah) tingkat Kabupaten/Kota.

D. Memiliki kegiatan pembinaan kesehatan tradisional

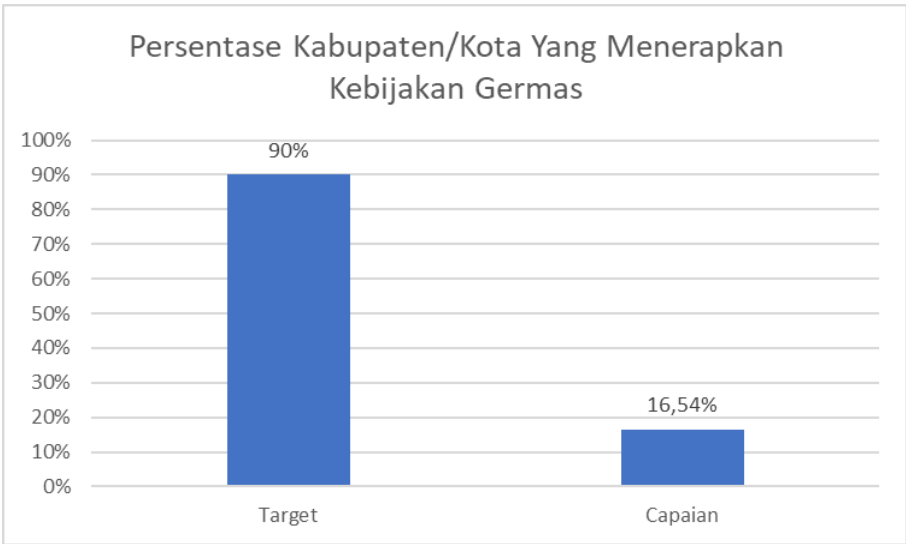
Memiliki kegiatan pembinaan kesehatan tradisional adalah Adalah Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional (minimal TOGA dan atau akupuntur dan akupresur).

Grafik 26 Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Tahun 2020 - 2025

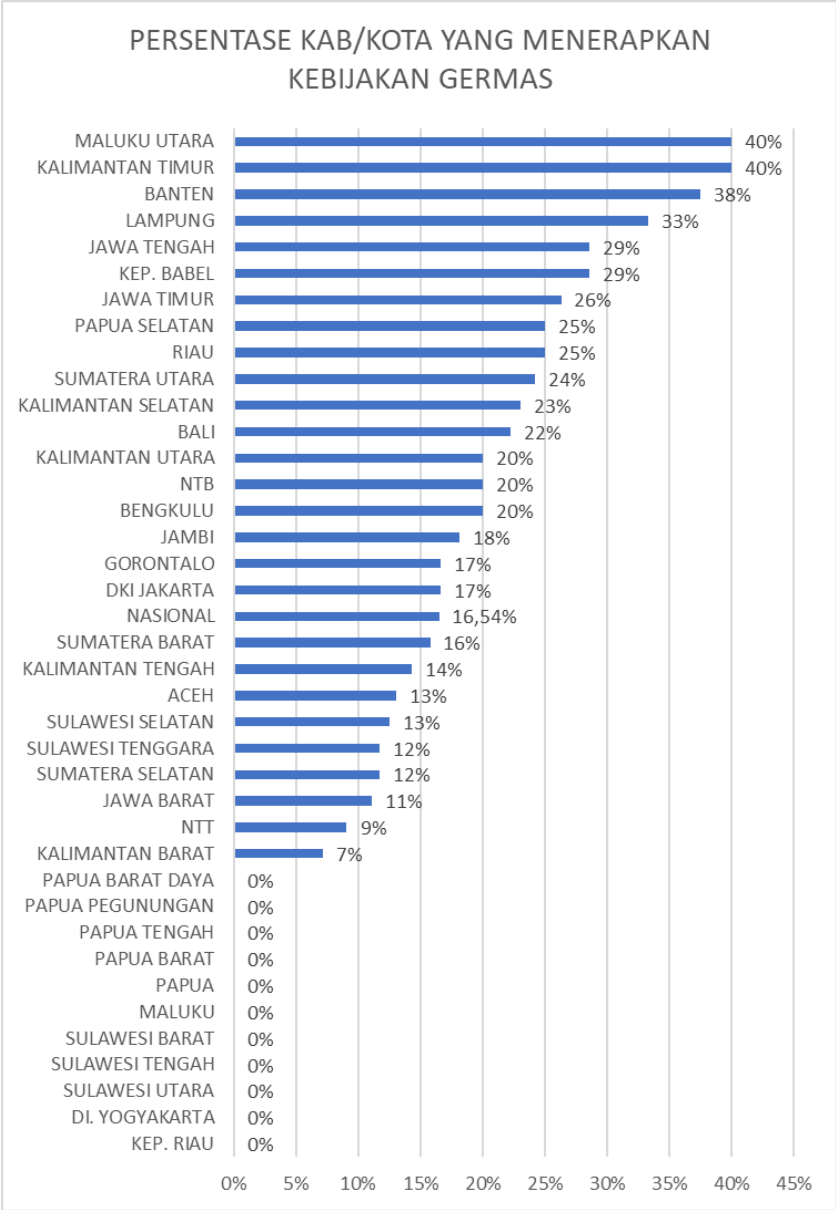


Capaian indikator Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan Germas Semester I tahun 2025 adalah 16,54% dengan target 90% sehingga dapat dihitung capaian kinerja sebesar 18,37% hal ini menunjukkan capaian indikator ini pada semester I belum mencapai target yang telah ditetapkan. Adapun gambaran capaian indikator Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan Germas Semester I dapat dilihat pada diagram berikut:

Grafik 27 Target, Capaian Persentase Kab/Kota Yang Menerapkan Kebijakan GERMAS semester I Tahun 2025



Grafik 28 Capaian Indikator Presentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Kampanye Germas Tema Prioritas per provinsi Tahun 2025



A. Analisis Keberhasilan

Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat Beberapa kegiatan yang sudah dilakukan terutama dalam dukungannya terhadap pencapaian target indikator Presentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dengan total anggaran yang ada di Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat sebesar Rp. 72.762.686.000. Adapun rincian kegiatan yang mendukung capaian indkator germas adalah sebagai berikut: Peningkatan Partisipasi Kampanye

Germas, Kampanye dan Penggerakkan Masyarakat Mendukung Kesehatan Prioritas, Kampanye dan Penggerakan Hari-Hari Besar Kesehatan, Kampanye dan Penggerakkan Masyarakat Dalam Aksi Bergizi, Kampanye dan Penggerakkan Masyarakat Dalam Pencegahan Stunting, Kampanye dan Penggerakkan Masyarakat Dalam Bumil Sehat, Kampanye dan Penggerakkan Masyarakat Dalam Posyandu Aktif, Pemberdayaan Masyarakat dalam penerapan Germas di daerah terdampak bencana, PKRS, Peningkatan Partisipasi SBH dalam Mendukung Germas, Orientasi Pramuka AoC Germas, Produksi Media KIE Mendukung Kesehatan Prioritas, Penyebarluasan Informasi Kesehatan Melalui Website Promkes, Penguatan Analisis Media Kesehatan Prioritas, Penyebarluasan Informasi Kesehatan Prioritas, Evaluasi Kampanye, Survey Indeks Persepsi Pelayanan Puskesmas, Pelatihan Komunikasi Puskesmas Pelayanan Prima, Advokasi Pengembangan Kebijakan Berwawasan Kesehatan kepada Kementerian/Lembaga, Apresiasi Peran Mitra Potensial dalam Mendukung Program Prioritas Nasional, Penggalangan Mitra Potensial Kemenkes dalam mendukung Program Prioritas Nasional, Penyusunan Rencana Kerja Mitra Potensial dalam Mendukung Program Prioritas Nasional, Forum Kemitraan di Bidang Kesehatan, Sosialisasi Germas Bersama Mitra Potensial (LP), Penyebarluasan Informasi Kesehatan Melalui Pameran Bersama Mitra, Advokasi Penerapan Kebijakan Germas Bersama Lintas Sektor, Fasilitasi Ormas dalam mendukung Program Prioritas Kesehatan, Penyebarluasan Informasi Kesehatan Media Luar Ruang, Koordinasi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Program Prioritas Nasional, Penyebarluasan Informasi Kesehatan Melalui Media Cetak, Merchandise dan Digital, Pendampingan, Asistensi, penilaian, evaluasi, dan implementasi program kesmas di daerah (LP)

B. Analisis Kegagalan

1. Belum semua kab/kota melakukan kegiatan kampanye program prioritas dan atau yang sudah melakukan belum semuanya melakukan penginputan pelaporan di aplikasi pelaporan program prioritas microsite promkes
2. Terkait dengan skrining Kesehatan di tempat kerja masih ditemui hambatan antara lain
 - masih tingginya risiko penyakit tidak menular pada usia pekerja (dewasa) baik obesitas, kurang aktivitas fisik, konsumsi buah sayur, tingginya PM pada pekerja
 - masih minimnya data kesehatan kerja sehingga mengakibatkan tingginya klaim kecelakaan kerja, adanya temuan kasus PAK masih rendah, dan rendahnya klaim PAK di BPJS TK.
 - pelaksanaan GP2SP belum dicatat dan dilaporkan dalam sistem informasi dan berjenjang. Selain itu turunnya anggaran di pertengahan

tahun mengakibatkan pelaksanaan kegiatan kurang maksimal karena padatnya jadwal kegiatan, beragamnya jenis perusahaan di Indonesia menyebabkan sulitnya penentuan standar kesehatan kerja di perusahaan dan turunnya anggaran di pertengahan tahun mengakibatkan pelaksanaan kegiatan kurang maksimal karena padatnya jadwal kegiatan.

3. Peralihan pengampunan unit pembina jabatan fungsional dan perubahan kebijakan terkait pembimbing kesehatan kerja serta belum seluruh unit kerja memiliki pembimbing kesehatan kerja.

C. Alternatif Solusi

1. Melakukan sosialisasi cara penginputan dan pendampingan penginputan (via zoom dan WA) serta monitoring dan evaluasi secara berkala.
2. Melakukan percepatan verifikasi laporan dan desk capaian indikator gernas
3. Mendorong stakeholder pusat dan daerah dalam upaya adanya regulasi/kebijakan gernas di kabupaten/kota melalui kegiatan advokasi penerapan kebijakan gernas

7. Puskesmas Dengan Tata Kelola Kesehatan Masyarakat Yang Baik

Tata kelola pelayanan kesehatan primer di Puskesmas di selenggarakan secara terintegrasi melalui sistem kluster yang terdiri dari kluster manajemen, kluster kesehatan ibu dan anak, kluster kesehatan dewasa dan lanjut usia, kluster penanggulangan penyakit menular dan kesehatan lingkungan, dan lintas kluster. Pelayanan pada kluster di laksanakan secara inklusif (terbuka untuk siapa saja) agar dapat di akses oleh semua kelompok secara mandiri, termasuk kelompok disabilitas. Untuk kluster manajemen mempunyai tugas memastikan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kegiatan berjalan dengan baik, menyusun RUK dan RPK kegiatan (P1), melakukan lokmin bulanan dan triwulanan (P2), melakukan penilaian kinerja (P3), merencanakan dana pemenuhan kebutuhan SDM dan peningkatan kompetensi SDM, melakukan evaluasi kinerja SDM, merencanakan, pemenuhan, pemeliharaan dan pencatatan kebutuhan sarana, prasarana, perbekalan kesehatan, mutu pelayanan, keuangan, arsip, BMN, sistem informasi digital, jejaring dan pemberdayaan Masyarakat. Selain melakukan tugas manajemen, Puskesmas juga melakukan tugas memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar dan menjamin keamanan bagi petugas dan pasien, serta melakukan penilaian atau mengukut kinerja pelayanan secara berkala. Berdasarkan uraian di atas, Puskesmas dengan tata kelola kesehatan masyarakat yang baik adalah Puskesmas yang menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan evaluasi secara rutin oleh tenaga Puskesmas dan jaringannya. Perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan evaluasi mencakup unsur pelayanan Kesehatan dan manajemen.

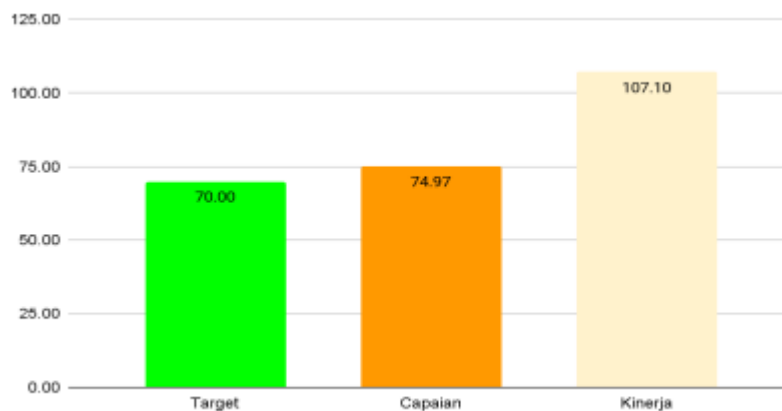
Penilaian Kinerja Puskesmas yang mencakup :

- unsur pelayanan kesehatan terdiri atas cakupan indikator program di puskesmas baik UKM maupun UKP.
- unsur manajemen terdiri atas cakupan manajemen umum, alat kesehatan, sarana dan prasarana, keuangan, SDM, dan kefarmasian.

Cara Pengukuran

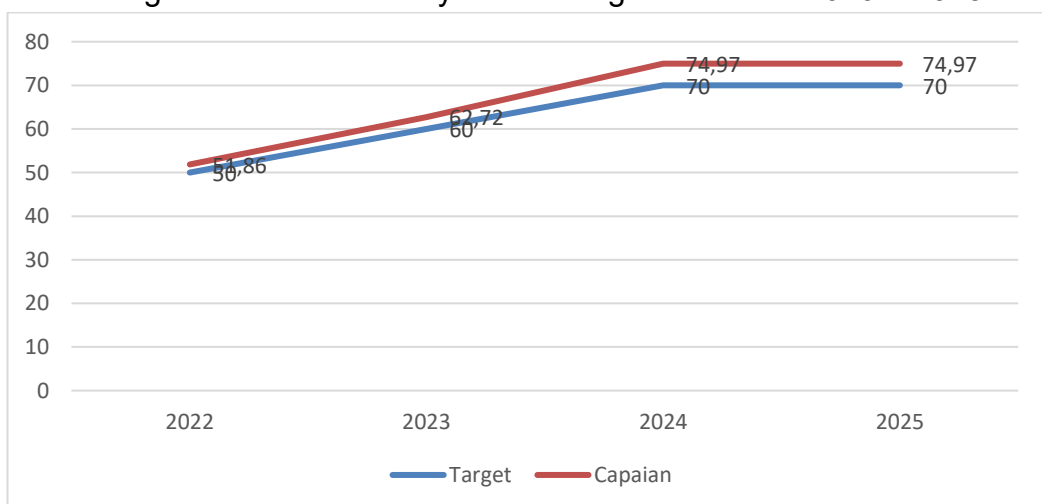
Jumlah Puskesmas yang memenuhi kriteria menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan evaluasi secara rutin dibagi jumlah Puskesmas dikali 100%

Grafik 29 Target, Capaian dan Kinerja Persentase Puskesmas Dengan Tata Kelola Kesehatan Masyarakat Yang Baik



Target Puskesmas dengan tata kelola kesehatan masyarakat yang baik sebesar 70% dengan capaian targetnya 74,97% sehingga kinerja Puskesmas dengan tata kelola kesehatan masyarakat yang baik sebesar 107,10%.

Grafik 30 Tren Perbandingan Target dan Capaian Persentase Puskesmas dengan Tata Kelola Masyarakat Yang Baik Tahun 2020 – 2025



Capaian Indikator Persentase Puskesmas dengan tata kelola kesehatan masyarakat yang baik sejak tahun 2022 mampu mencapai target dan terus menunjukkan peningkatan.

Tabel 6 Data Puskesmas dengan Tata Kelola Yang Baik

NO	PROVINSI	JUMLAH PUSKESMAS	PUSKESMAS DENGAN TATA KELOLA YANG BAIK	PERSENTASE
1	Aceh	365	241	66,03
2	Sumatera Utara	619	417	67,37
3	Sumatera Barat	280	210	75,00
4	Riau	239	144	60,25
5	Jambi	208	126	60,58
6	Sumatera Selatan	350	270	77,14
7	Bengkulu	179	114	63,69
8	Lampung	320	227	70,94
9	Kep.Bangka Belitung	64	60	93,75
10	Kep. Riau	95	69	72,63
11	DKI Jakarta	44	44	100,00
12	Jawa Barat	1.100	1.029	93,55
13	Jawa Tengah	881	858	97,39
14	DI Yogyakarta	121	120	99,17
15	Jawa Timur	972	945	97,22
16	Banten	253	216	85,38
17	Bali	120	115	95,83
18	Nusa Tenggara Barat	176	163	92,61
19	Nusa Tenggara Timur	435	246	56,55
20	Kalimantan Barat	249	191	76,71
21	Kalimantan Tengah	204	142	69,61
22	Kalimantan Selatan	242	190	78,51
23	Kalimantan Timur	188	175	93,09
24	Kalimantan Utara	58	41	70,69
25	Sulawesi Utara	199	115	57,79
26	Sulawesi Tengah	218	152	69,72
27	Sulawesi Selatan	474	420	88,61
28	Sulawesi Tenggara	307	192	62,54
29	Gorontalo	95	85	89,47
30	Sulawesi Barat	98	62	63,27
31	Maluku	229	113	49,34
32	Maluku Utara	150	74	49,33
33	Papua Barat	76	7	9,21
34	Papua Selatan	85	14	16,47
35	Papua	121	22	18,18
36	Papua Pegunungan	153	4	2,61
37	Papua Barat Daya	95	12	12,63
38	Papua Tengah	118	7	5,93
	TOTAL	10.180	7.632	74,97

Sumber data : aplikasi money takelmas

Indikator ini merupakan indikator kumulatif tahun sebelumnya, sebanyak 19 Provinsi telah Tengah dibawah 20% yaitu Papua, Papua Selatan, Papua Barat Data, Papua Barat, Papua mencapai sesuai target tahun 2024. Masih ada provinsi yang memiliki capaian dan Papua Pegunungan.

Analisis target dapat tercapai adalah dengan melakukan upaya-upaya:

1. melakukan sosialisasi, advokasi, koordinasi, pendampingan pelaksanaan integrasi pelayanan primer.
2. memfasilitasi menu kegiatan bersumber dana BOK untuk kegiatan loka karya mini bulanan dan triwulanan.
3. melakukan revisi modul manajemen puskesmas.
4. membuat petunjuk teknis pelaksanaan integrasi pelayanan primer.
5. membentuk WA grup dengan Kabid kesmas dan Kabid Yankes di 38 provinsi untuk melakukan koordinasi, informasi dan komunikasi program, kegiatan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer.
6. membentuk WA group helpdesk puskesmas untuk memberikan informasi, koordinasi dan komunikasi terkait program dan kegiatan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer.
7. melakukan pemantauan secara berkala melalui rapat daring.

Walaupun target indikator sudah tercapai, tetapi masih terdapat kendala yaitu:

- a. pelaksanaan program kesmas di beberapa provinsi masih dipegang oleh bidang pelayanan Kesehatan, sehingga diperlukan koordinasi antar program di Dinas Kesehatan,
- b. masih belum optimalnya pelayanan di puskesmas, sehingga perlu memberikan pelatihan manajemen puskesmas,
- c. perlu melakukan sosialisasi terhadap perubahan alur pelayanan di puskesmas pada daerah,
- d. perlu melakukan pendampingan pada puskesmas dalam menyiapkan dokumen untuk menjadi BLUD.

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029, terjadi perubahan indikator di atas sesuai dengan perubahan kebijakan dan program Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer menjadi Persentase kabupaten/kota dengan minimal 80% Puskesmas memiliki tata kelola yang baik. Sehingga diharapkan Kabupaten/Kota dapat melakukan pembinaan yang komprehensif kepada Puskesmas agar dapat memiliki tata Kelola yang baik.

8. Angka Kematian Neonatal (per 1.000 kelahiran hidup)

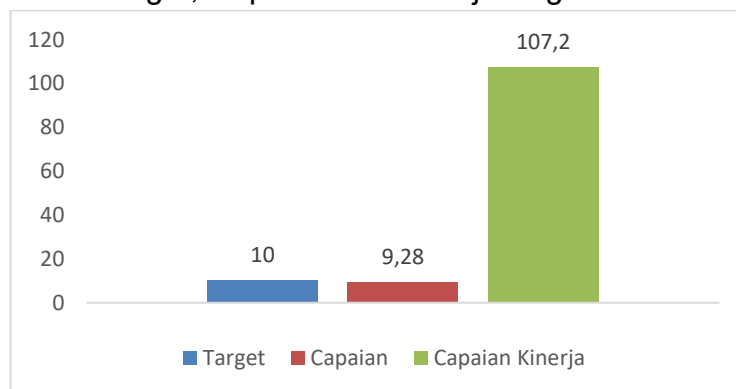
Angka kematian neonatal (AKN) merupakan salah satu indikator utama dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan maternal dan neonatal di suatu negara. Neonatal adalah bayi yang berusia 0-28 hari, periode yang sangat rentan

terhadap kematian akibat komplikasi saat persalinan, infeksi, prematuritas, dan asfiksia

Definisi operasional Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah jumlah kematian bayi usia 0-28 hari per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun tertentu. Cara perhitungan indikator Angka Kematian Neonatal adalah Jumlah kematian bayi baru lahir usia 0-28 hari dibagi jumlah lahir hidup dikali 1.000. Angka Kematian Neonatal (AKN) seperti juga Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi didapatkan melalui pelaksanaan survei/riset/sensus/hasil analisis kematian neonatal secara nasional maupun lokal daerah yang dilakukan oleh institusi resmi secara berkala, dan diakui oleh Pemerintah, seperti Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilakukan 5 tahun sekali; atau Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (diantara 2 sensus penduduk); atau Riset/analisis lokal daerah dilakukan oleh BPS/institusi/lembaga/penelitian daerah; atau Lainnya

Capaian Angka Kematian Neonatal tahun 2025 masih mengacu kepada Sensus Penduduk/Long Form Tahun 2020 sebagai survei terupdate yaitu 9,3 per 1.000 kelahiran hidup, sehingga dengan target sebesar 10 per 1.000 kelahiran hidup, maka capaian kinerjanya mencapai 107,5%. Hingga saat penyusunan LAKIP Semester 1 Tahun 2-25 ini belum ada update survei terkait Angka Kematian Neonatal, namun jika menggunakan absolut terdapat 13.000 kematian neonatal yang terhitung hingga bulan Juni 2025.

Grafik 31 Target, Capaian dan Kinerja Angka Kematian Neonatal



Sumber data: *longform* 2020

Selama kurun waktu dua dekade, Angka Kematian Neonatal Indonesia menurun hingga lebih dari 53%. Penurunan dari 20 kematian neonatal hasil SDKI 2002-2003 menjadi 9 hingga 10 kematian neonatal per 1000 KH dari hasil Long Form SP 2020

Grafik 32 Tren Angka Kematian Neonatal di Indonesia



Sumber data: SDKI dan *longform*

Untuk monitoring tahunan, kematian neonatal dilaporkan dalam jumlah kasus kematian. Jumlah kematian neonatal tahun 2024 sebanyak 26.641 kematian (Data MPDN per 6 Februari 2025), lebih rendah dibandingkan jumlah kematian tahun 2023 sebanyak 27.638. Upaya-upaya yang dilakukan dalam upaya penurunan angka kematian neonatal adalah:

1. Kegiatan peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan, seperti peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan metode blended learning, Manajemen bayi berat lahir rendah (BBLR) dan pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
2. Pendampingan RSUD oleh RS Rujukan dan Organisasi Profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal
3. Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB
4. Skrining bayi baru lahir diantaranya Skrining Hipotiroid Kongenital, Skrining Hiperplasia Adrenal Kongenital, dan Skrining Glukosa-6-Fosfat-Dehidrogenase (G6PD) yang tersedianya baik di APBN maupun DAK Nonfisik
5. Tersedianya menu kegiatan terkait penurunan AKI AKB dalam DAK Non Fisik
6. Peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan melalui berbagai orientasi/sosialisasi penggunaan aplikasi kepada pengelola program dan penginput data program

Walaupun angka kematian neonatal sudah mencapai target tetapi masyarakat dengan kondisi geografis sulit dan jauh dari akses kesehatan harus mendapatkan perhatian lebih, karena kematian neonatal sangat dipengaruhi dengan pelayanan kesehatan ibu dan bayi.

9. Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki Laboratorium Kesehatan Masyarakat dengan Kemampuan Surveilans

Dalam menghadapi dinamika ancaman kesehatan masyarakat mulai dari

penyakit infeksius baru (*emerging diseases*), wabah yang bersifat regional, hingga risiko kesehatan lingkungan deteksi dini dan respons cepat menjadi kunci utama pencegahan krisis kesehatan. Peran laboratorium kesehatan masyarakat (Labkesmas) dengan kapabilitas surveilans menjadi fondasi sistem kesehatan daerah. Keberadaan laboratorium dengan kemampuan surveilans di tingkat kabupaten/kota merupakan ujung tombak ketahanan kesehatan nasional. Tanpa akses terhadap fasilitas yang mampu melakukan uji diagnostik spesifik, analisis data epidemiologis, dan pemantauan patogen secara lokal, daerah menjadi rentan terhadap keterlambatan deteksi wabah, ketergantungan pada laboratorium pusat/provinsi yang memperlambat respons, lemahnya basis data kesehatan untuk perencanaan intervensi yang presisi, serta risiko eskalasi krisis kesehatan menjadi darurat nasional atau pandemi. Definisi Operasional untuk Persentase Kab/Kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans adalah Persentase Kab/Kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans adalah Kab/Kota yang memiliki kemampuan dalam mengelola data laboratorium untuk deteksi dini penyakit dan atau faktor risiko kesehatan di wilayah kerja berupa data hasil pemeriksaan dan atau analisis data dan atau diseminasi hasil pemeriksaan laboratorium dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Cara perhitungan Persentase Kab/Kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans adalah Jumlah labkesmas yang mampu melakukan surveilans dibagi jumlah labkesmas tingkat 3 (293) di kali 100%.

Tabel 7 Target dan Capaian Indikator Persentase Kab/Kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans
Tahun 2024 - 2025

No	Indikator	2024		2025		2026
		Target	Capaian	Target	Capaian	Target
1	Persentase kabupaten/kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans	76%	93,95%	76%	51%	-

Tabel 8 Persentase kabupaten/kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans Semester I 2025

No	Provinsi	Jumlah labkesmas mampu surveilans
1	ACEH	7
2	SUMATERA UTARA	2
3	SUMATERA BARAT	4
4	RIAU	5
5	JAMBI	4
6	SUMATERA SELATAN	3
7	BENGKULU	2
8	LAMPUNG	3
9	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	5
10	KEPULAUAN RIAU	1
11	DKI JAKARTA	
12	JAWA BARAT	10
13	JAWA TENGAH	17
14	DI YOGYAKARTA	5
15	JAWA TIMUR	16
16	BANTEN	7
17	BALI	5
18	NUSA TENGGARA BARAT	5
19	NUSA TENGGARA TIMUR	
20	KALIMANTAN BARAT	6
21	KALIMANTAN TENGAH	2
22	KALIMANTAN SELATAN	3
23	KALIMANTAN TIMUR	
24	KALIMANTAN UTARA	3
25	SULAWESI UTARA	
26	SULAWESI TENGAH	-
27	SULAWESI SELATAN	2
28	SULAWESI TENGGARA	1
29	GORONTALO	1
30	SULAWESI BARAT	1
31	MALUKU	
32	MALUKU UTARA	1
33	PAPUA BARAT	
34	PAPUA SELATAN	
35	PAPUA	
36	PAPUA PEGUNUNGAN	
37	PAPUA BARAT DAYA	
38	PAPUA TENGAH	
TOTAL		121

Sumber data : aplikasi money takelmas

Untuk target Persentase Kab/Kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans sebesar 76% dengan capaian semester I tahun 2025 sebesar 51%. Walaupun ada beberapa provinsi belum melaporkan capaiannya, kinerja indikator ini masih *on track* dengan kinerja sebesar 67,10%.

Analisis belum tercapainya target indikator adalah:

1. Belum semua labkesmas mampu melaksanakan surveilans sesuai standar karena selama ini hanya melakukan pemeriksaan spesimen dan pengujian sampel di laboratorium saja.
2. kurangnya sarana dan prasarana yang memadai.
3. belum optimalnya kompetensi SDM dilabkesmas dalam melakukan surveilans.

Solusi yang perlu dilakukan agar target tercapai:

1. Melakukan peningkatan kapasitas petugas labkesmas bidang surveilans,
2. Pemenuhan sarana dan prasarana Labkesmas melalui dana PHLN.
3. Melakukan pembinaan secara berkala baik daring maupun luring.

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029, terjadi perubahan indikator di atas sesuai dengan perubahan kebijakan dan program Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer menjadi Persentase laboratorium kesehatan masyarakat dengan tata kelola sesuai standar. Hal ini agar tidak hanya surveilans, tetapi juga mempotret pemeriksaan spesimen dan sampel dan melakukan pengampunan kepada Labkesmas binaannya.

10. Persentase Fasyankes yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Surveilans berbasis digital

Dalam menjalankan fungsi surveilans di fasyankes (Puskesmas, Labkesmas Tingkat 2 dan Labkesmas Tingkat 3) dibutuhkan pelaporan melalui sistem informasi yang berbasis digital yang bisa terintegrasi dalam sistem informasi Kementerian Kesehatan. Indikator ini mencerminkan efektivitas transformasi digital sektor kesehatan dan ketangguhan sistem kewaspadaan dini nasional. Tingginya persentase fasyankes terintegrasi secara langsung memperkuat kapasitas deteksi, pelaporan, dan respons cepat terhadap ancaman kesehatan (seperti pandemi, KLB, atau penyakit prioritas) melalui aliran data real-time, terstandar, dan terintegrasi secara nasional. Hal ini tidak hanya mendorong efisiensi anggaran dengan mengurangi duplikasi pelaporan manual, tetapi juga menjadi landasan evidence-based policy dalam pengambilan keputusan strategis, sekaligus merefleksikan akuntabilitas pemerintah dalam membangun tata kelola kesehatan digital yang transparan, responsif, dan berorientasi pada peningkatan kualitas layanan serta pengelolaan sumber daya

kesehatan secara optimal. definisi operasional Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveillans berbasis digital adalah jumlah fasyankes melakukan pelaporan dengan sistem informasi surveilans berbasis digital yang terintegrasi dalam sistem informasi Kemenkes dalam kurun waktu 1 tahun. Cara perhitungannya adalah Jumlah fasyankes melakukan pelaporan dengan sistem informasi surveilans berbasis digital yang terintegrasi dalam sistem informasi Kemenkes dibagi jumlah fasyankes dikali 100%

Tabel 9 Data Persentase Fasyankes yang Telah Terintegrasi dalam Informasi Surveilans Berbasis Digital.

No	Provinsi	Terintegrasi dalam sistem Informasi surveilans Berbasis digital			Presentase Fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital
		Puskesmas	Labkesda Kab / Kota	Labkesda Provinsi	
1	Aceh	26	5	1	60,4
2	Sumatera Utara	104	2	1	94,7
3	Sumatera Barat	3	0	0	30,0
4	Riau	12	0	1	40,6
5	Jambi	5	2	1	61,5
6	Sumatera Selatan	84	0	0	72,4
7	Bengkulu	22	2	0	82,8
8	Lampung	39	3	1	72,9
9	Kepulauan Bangka Belitung	20	5	0	83,3
10	Kepulauan Riau	1	0	0	50,0
11	DKI Jakarta			0	-
12	Jawa Barat	77	9	1	75,0
13	Jawa Tengah	74	7	1	59,4
14	DI Yogyakarta	104	3	1	95,6
15	Jawa Timur	38	16	0	85,7
16	Banten	16	6	1	39,0
17	Bali	88	0	1	81,7
18	Nusa Tenggara Barat	0	10	0	5,3
19	Nusa Tenggara Timur			1	100,0
20	Kalimantan Barat	39	3	1	91,5
21	Kalimantan Tengah	8	1	0	60,0
22	Kalimantan Selatan	160	0	0	66,1
23	Kalimantan Timur	1		0	100,0
24	Kalimantan Utara	8	0	0	72,7
25	Sulawesi Utara	0		1	50,0
26	Sulawesi Tengah	3	0	1	100,0
27	Sulawesi Selatan	6	1	0	43,8

No	Provinsi	Terintegrasi dalam sistem Informasi surveilans Berbasis digital			Presentase Fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital
		Puskesmas	Labkesda Kab / Kota	Labkesda Provinsi	
28	Sulawesi Tenggara	39	0	0	50,7
29	Gorontalo	1	0	0	33,3
30	Sulawesi Barat	18	0	0	47,4
31	Maluku	2		0	66,7
32	Maluku Utara	8	0	0	57,1
33	Papua Barat			0	-
34	Papua Selatan			0	-
35	Papua	2		1	75,0
36	Papua Pegunungan			0	-
37	Papua Barat Daya			0	-
38	Papua Tengah	0		0	-
Total		1008	75	15	63,7

Sumber data : aplikasi monev takelmas

Tabel 10 Target dan Capaian Indikator Persentase Fasyankes yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Surveilans berbasis digital
Tahun 2024 – Semester 1 2025

No	Indikator	2024		2025		2026
		Target	Capaian	Target	Capaian	Target
1	Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital	100%	96,34%	100%	63,73%	-

Capaian indikator persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital tahun 2024 tidak mencapai target. Namun berdasarkan data semester 1 2025 capaian *on track* sebesar 63,73% .

Analisis belum tercapainya target indikator adalah:

1. Masih banyak fasyankes yang belum melaporkan melalui sistem informasi yang berbasis digital,
2. Belum banyak daerah yang belum ada jaringan internet belum merealisasikan menu DAK Puskesmas untuk dukungan jaringan internet,
3. Kurangnya monitoring pelaporan yang dilakukan oleh lintas program Kemenkes.

Solusi yang perlu dilakukan agar target tercapai:

1. Melakukan koordinasi lintas program (Pusdatin, DTO, program teknis) dalam

- mendorong Fasyankes untuk melaporkan hasil surveilans berbasis digital.
2. sosialisasi, mengidentifikasi hambatan dan kendala dalam melakukan pelaporan melalui sistem informasi.
 3. Melakukan monitoring secara terus menerus baik untuk realisasi DAK Non Fisik maupun pelaporan indikator.

11. Nilai Reformasi Birokrasi

Reformasi Birokrasi adalah upaya perubahan mendasar dalam sistem pemerintahan untuk menciptakan tata kelola yang lebih efektif, efisien, transparan, dan akuntabel. Tujuan utama reformasi birokrasi adalah meningkatkan kinerja pemerintahan dalam pelayanan publik serta menciptakan birokrasi yang profesional dan berorientasi pada hasil.

Pada Rencana Strategi (Renstra) Kementerian Kesehatan 2025 – 2026 terjadi perubahan pada Indikator Sasaran Strategis yaitu pada nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan dimana nilai Reformasi Birokrasi berubah menjadi meningkatnya kualitas tata Kelola Kementerian Kesehatan dengan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK). Sesuai dengan amanat Kementerian PAN RB, pada unit kerja Setditjen Kesprimkom mempunyai sasaran kegiatan yaitu meningkatnya kualitas dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya. Di dalam Sasaran kegiatan tersebut terdapat 5 (lima) Indikator Kinerja Kegiatan, sebagai berikut :

1. IKK 33.1.3 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas
2. IKK 33.2.8 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas
3. IKK 33.3.8 Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas
4. IKK 33.4.12 Nilai maturitas manajemen risiko Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas
5. IKK 33.4.20 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas

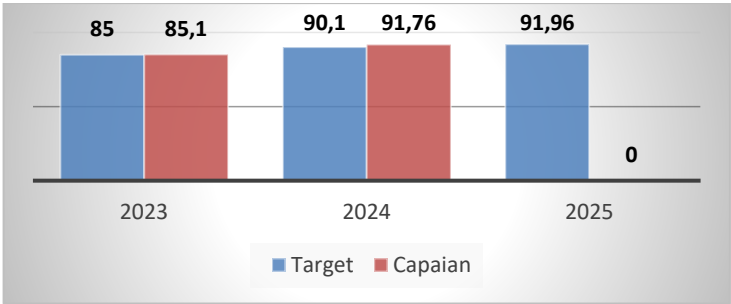
Definisi operasional pada Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan adalah Hasil penilaian yang menggambarkan kualitas penerapan Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan (RB General dan RB Tematik) sesuai Pedoman Evaluasi Reformasi Birokrasi yang ditetapkan oleh Kementerian PANRB. Dalam hal Kementerian PANRB belum menetapkan nilai pada tahun berjalan, maka menggunakan hasil penilaian mandiri tim Monev Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan

Cara perhitungan indikator ini adalah dengan menggunakan hasil Penjumlahan dari Capaian masing-masing indikator dalam Indikator Reformasi RB General dan RB Tematik Kementerian Kesehatan. Nilai reformasi birokrasi

didapatkan pada bulan Desember tahun 2025, dimana masih bersifat tentatif karena nilai resmi belum seluruhnya keluar dari Penilaian Leading Institution (LI); sehingga Nilai reformasi birokrasi di dapatkan pada bulan Desember 2025 didapatkan dari LI yang sudah keluar, penilaian mandiri oleh Unit, Penilaian LI tahun lalu dan capaian rencana aksi (RB Tematik).

Penilaian Reformasi Birokrasi mengikuti acuan PermenPANRB Nomor 9 Tahun 2023 tentang Evaluasi Reformasi Birokrasi. Nilai Reformasi Birokrasi Dibandingkan tahun 2023 dan tahun 2024 telah mencapai target dan terdapat peningkatan capaian kinerja, dengan capaian di tahun 2023 sebesar 85,1 dari target 85 dibandingkan dengan capaian di tahun 2024 sebesar 91,76 dari target 90,1.

Grafik 33 Nilai Reformasi Birokrasi Tahun 2023 – 2025



Kinerja Kegiatan pada Nilai Reformasi Birokrasi pada Dukungan manajemen program Kesehatan Primer dan Komunitas memiliki target, definisi operasional serta cara perhitungan atas nilai birokrasi dari tahun 2025 – 2029 sebagai berikut:

IKK	DO IKK	Cara Perhitungan IKK	Baseline IKK	Target IKK 2025	Target IKK 2026	Target IKK 2027	Target IKK 2028	Target IKK 2029
IKK 33.1.3 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas	Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan eksternal) di Ditjen Kesprimkom yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permengan-RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permengan-RB tersebut.	Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan	N/A	77	78	80	82	85
IKK 33.2.8 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas	Besarnya Nilai Kinerja Anggaran Ditjen Kesprimkom diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi eMonev Kementerian Keuangan, yang terdiri dari : 1. Kinerja atas perencanaan anggaran Ditjen Kesprimkom 2. Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran Ditjen Kesprimkom	50 % Nilai Kinerja atas Perencanaan Penganggaran (yang terdiri 75% efisiensi + 25% efisiensi) ditambah 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (sesuai dgn perhitungan IKPA)	92,15	92,35	92,55	92,75	92,95	93,15
IKK 33.3.3 Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas	Pelaksanaan Manajemen ASN secara transparan, akuntabel, efektif, dan efisien yang didasarkan pada prinsip meritokrasi untuk menghasilkan ASN yang berintegritas dan Profesional dengan memperhatikan kualifikasi, kompetensi, kinerja dan disiplin	Total penjumlahan dari nilai penerapan sub aspek sistem merit yang dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas dibagi dengan nilai maksimal sub aspek sistem merit yang dilaksanakan dikalikan 100	N/A	94,39	95,12	95,85	96,59	97,56
IKK 33.4.12 Nilai maturitas manajemen risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas	Nilai maturitas manajemen risiko Unit Eselon I dari hasil penilaian APIP Kemenkes yang mengacu pada Pedoman Penilaian Maturitas Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.	Hasil penilaian maturitas manajemen risiko Unit Eselon I di tahun berjalan dengan kategori yaitu: •Naive: <1 •Aware: 1,01 – 2,00 •Define: 2,01 – 3,00 •Manage: 3,01 – 4,00 •Enable: 4,01 – 5,00	3,938	3,95	4	4,05	4,1	4,15
IKK 33.4.20 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas	Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas dan telah dimonitor APIP capaian tidak lanjutnya serta telah dinyatakan lengkap	Jumlah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas pada hasil monitoring tahun berjalan yang telah dinyatakan lengkap dibagi jumlah total rekomendasi hasil pemeriksaan BPK di Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas dikali 100	N/A	95	95	95	95	95

Capaian atas nilai reformasi birokrasi tahun 2025 belum didapatkan, karena masih dalam proses pelaksanaan kegiatan hingga akhir Desember 2025 sesuai dengan cara perhitungan indikator.

Beberapa faktor yang menjadi penghambat keberhasilan capaian indikator

kinerja:

- Perubahan kebijakan anggaran efisiensi mempengaruhi proses penyusunan kegiatan dan penganggaran TA 2025 dan juga dalam pelaksanaan kegiatan di tahun berjalan sehingga banyak terjadi penyesuaian perencanaan dan revisi DIPA atau Petunjuk Operasional Kegiatan. Perubahan pertemuan semula secara luring menjadi daring, juga pembatasan jumlah orang yang diundang dalam pertemuan ataupun perjalanan dinas dan sebagainya, sehingga kegiatan yang telah direncanakan, menyesuaikan anggaran yang ada.
- Monitoring dan evaluasi penilaian Kinerja Kegiatan RB tidak tercapai target sebelum triwulan IV berakhir, namun desk pembahasan meminta nilai capaian sesuai target.
- Penilaian maturitas manajemen risiko Unit Esselon I dari hasil penilaian APIP Kementerian tidak mencapai kriteria atas penilaian.

Meskipun capaian indikator Nilai Reformasi Birokrasi telah dilakukan, perlu dilakukan solusi dengan ;

1. Efisiensi dilakukan dengan tetap memperhatikan peraturan yang berlaku, seperti penyesuaian jadwal dan kegiatan dilakukan online atau daring, perjalanan dinas tetap dilaksanakan dengan jumlah peserta yang terbatas.
2. Memastikan Pelaksanaan Pengadaan dan alokasinya.
3. Membentuk Tim Kerja, PMO serta penguatan Jabfung Teknis untuk menunjang kinerja Setditjen Kesmas.
4. Memberikan pendampingan atas pelaksanaan penilaian maturitas manajemen risiko Unit Esselon I Ditjen Kesprimkom.

12. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat

Nilai kinerja anggaran bertujuan untuk mengukur seberapa efektif dan efisien suatu anggaran dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Besarnya nilai kinerja penganggaran yang diperoleh dengan cara perhitungan Nilai agregat dari nilai aspek implementasi (terdiri nilai realisasi, konsistensi, efisiensi, pencapaian). Sesuai dengan Permenkeu terbaru, Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% dari nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% dari nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran. Nilai Perencanaan Anggaran Unit Eselon I didapat dari hasil penjumlahan efektivitas penggunaan anggaran dengan bobot 75% dan efisiensi SBK sebesar 25%. Rincian baru bobot Penilaian Kinerja Perencanaan Anggaran terdiri dari capaian indikator kinerja program (IKP) dengan bobot 30%, capaian RO dengan bobot sebesar 45%, penggunaan SBK sebesar 10% dan efisiensi SBK sebesar 15%. Sedangkan untuk Nilai Pelaksanaan Anggaran didapat dari Revisi DIPA, Deviasi Hal III DIPA, Penyerapan Anggaran, Belanja Kontraktual, Penyelesaian Tagihan, Pengelolaan UP dan TUP, Dispensasi SPM serta Capaian Output. Nilai

Kinerja dikonversi dalam kategori penilaian sesuai dengan PMK terbaru sebagai berikut :

Nilai Kinerja Anggaran per 26 Juni 2025 Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat adalah 45,54. Perhitungan diperoleh dari penjumlahan Nilai Kinerja

Nilai			Kategori
0	s.d	50	Sangat Kurang
50	s.d	60	Kurang
60	s.d	80	Cukup
80	s.d	90	Baik
90	s.d	100	Sangat Baik

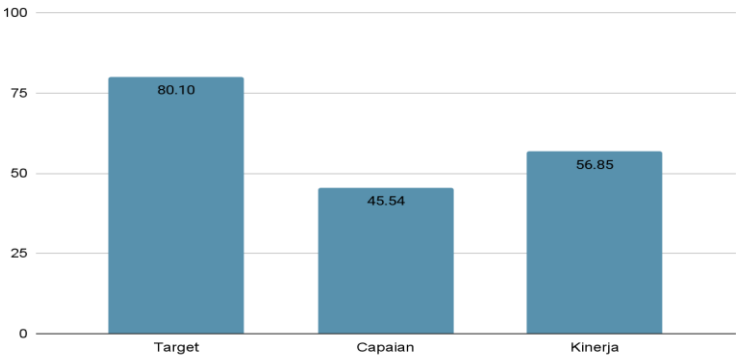
Perencanaan Anggaran (bobot 50%) ditambah Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran (bobot 50%) sebagai berikut ;

1. Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran sebesar 4,75 dikalikan bobot 50% sehingga memperoleh nilai 2,375
2. Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran sebesar 86,33 dikalikan bobot 50% sehingga memperoleh nilai 43,165

Dengan demikian, Nilai Kinerja Penganggaran (NKA) Direktorat Jenderal Kesehatan sampai 26 Juni 2025 adalah 45,54.

No.	Kode Unit	Unit Eselon I	NK Perencanaan Anggaran	NK Pelaksanaan Anggaran	Nilai Kinerja Anggaran
1	024.03	Ditjen Kesehatan Masyarakat	4,75	86,335	45,54

Grafik 34 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Nilai Kinerja Anggaran Semester 1 Tahun 2025



Berdasarkan dari grafik di atas, capaian indikator Nilai Kerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat tahun 2025 sebesar 45,54 dari target 80,1 sehingga capaian kinerja sebesar 56,85%. Capaian Nilai Kinerja Anggaran semester 1 tahun 2025 masih dalam kategori sangat kurang yang disebabkan oleh perubahan kebijakan anggaran, seperti efisiensi dengan membatasi kegiatan tatap muka dan beberapa capaian sasaran program dan capaian sasaran output program tidak tercapai.

Dalam pencapaian indikator nilai kinerja anggaran beberapa faktor

pendukung yang dilaksanakan yaitu :

1. Menyesuaikan Rencana Penarikan Dana (RPD) dengan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
2. Melakukan revisi informasi kinerja sesuai dengan pelaksanaan kegiatan
3. Melakukan monitoring terhadap capaian rincian output satker pusat dan UPT
4. Melakukan identifikasi dan menyusun Standar Biaya Keluaran Umum (SBKK)/ Standar Biaya Keluaran Khusus (SBKU) satker dan UPT
5. Melakukan monitoring terhadap capaian Indikator Kinerja Program

Beberapa faktor yang menjadi penghambat keberhasilan capaian indikator kinerja ;

1. Penerapan SBKU oleh Kementerian Keuangan, dimana pada saat penyusunan anggaran 2025 belum semua satker menggunakan SBKU
2. Capaian indikator semester I tahun 2025 belum mencapai target
3. Penyerapan anggaran yang kurang maksimal dan beberapa kegiatan terblokir

Meskipun capaian indikator nilai kinerja anggaran telah tercapai, strategi yang perlu dilakukan kedepannya yaitu ;

1. Mengidentifikasi Standar Biaya Keluaran Umum (SBKK)/ Standar Biaya Keluaran Khusus (SBKU) satker Pusat dan UPT
2. Memonitoring indikator indikator yang menjadi penilaian Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran dan Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran
3. Melakukan koordinasi dengan penanggung jawab capaian anggaran dan capaian RO di satuan kerja dan UPT

13. Persentase Realisasi Anggaran

Definisi operasional dari indikator ini adalah Persentase jumlah anggaran yang digunakan dalam satu periode untuk pencapaian kinerja organisasi. Cara perhitungannya didapatkan dengan cara Jumlah anggaran yang digunakan dibagi jumlah anggaran keseluruhan dikali 100. Primer dan Komunitas.

Tabel 11 Realisasi Anggaran berdasarkan jenis belanja

Jenis Belanja	Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	Persentase (%)	Sisa (Rp)
Belanja Pegawai	201.297.979.000	107.804.376.979	53,6%	93.493.602.021
Belanja Barang	3.737.324.454.000	108.139.814.159	2,9%	3.629.174.639.841
Belanja Modal	393.728.368.000	1.048.852.647	0,3%	392.679.515.353
Belanja Bansos	0	0	0%	0
Total	4.332.350.801.000	217.003.043.785	5,01%	4.115.347.757.215

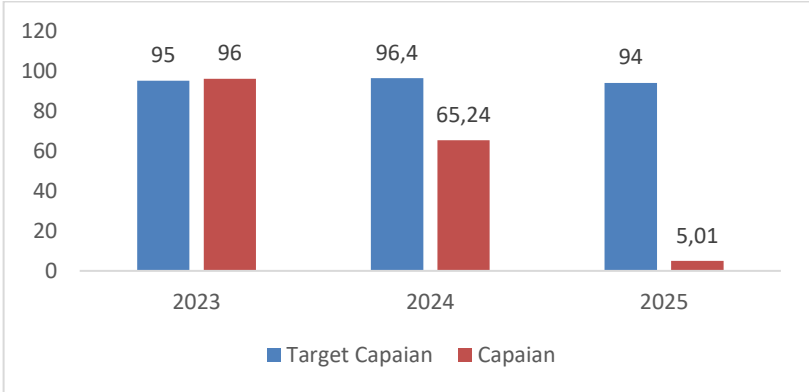
Tabel 12 Realisasi Anggaran berdasarkan kegiatan

No.	Kegiatan	Alokasi	Realisasi	%	Sisa
1.	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program	417.101.273.000	157.484.142.386	37,76	259.617.130.614
2.	Promkes dan Pemberdayaan Masyarakat	42.901.237.000	1.547.893.327	3,61	41.353.343.673

No.	Kegiatan	Alokasi	Realisasi	%	Sisa
3.	Pembinaan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak	925.664.035.000	16.064.487.592	1,74	909.599.547.408
4.	Pembinaan Kesehatan Usia Produktif dan Lanjut Usia	25.409.156.000	0	0	25.409.156.000
5.	Pembinaan Kesehatan Jiwa	22.192.452.000	889.483.250	4.01	221.302.968.750
6.	Pembinaan Tata Kelola Kesehatan Masyarakat	1.375.813.327.000	3.546.139.798	0,26	1.372.267.187.202
7.	Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA	23.646.400.000	23.688.264.724	96,90	757.340.276
8.	Pelayanan Laboratorium Kesehatan Masyarakat	1.499.622.921.000	37.393.765.886	2,49	1.462.229.155.114
Total		4.332.350.801.000	217.003.043.785	5,01	4.115.347.757.215

Pada tahun anggaran 2025, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat mendapatkan pagu anggaran sebesar Rp4.332.350.801.000. Anggaran ini dialokasikan untuk mendukung pelaksanaan program-program strategis nasional di bidang kesehatan masyarakat, antara lain transformasi layanan primer, penguatan upaya promotif dan preventif, serta penanggulangan masalah kesehatan masyarakat di seluruh siklus kehidupan. Hingga 26 Juni 2025, realisasi anggaran mencapai Rp217.003.043.785 atau 5,0% dari total pagu. Jika dibandingkan dengan target 96% kinerja indikator sebesar 5,22%.

Grafik 35 Target dan Capaian Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2023 – semester I 2025



Rendahnya realisasi anggaran Pinjaman Luar Negeri (SOPHI-InPULS) berdampak sangat signifikan pada capaian realisasi anggaran dan blokir

anggaran.

Permasalahan yang dialami dalam mencapai indikator yaitu :

1. Adanya pemblokiran anggaran yang bersumber dari RM, PLN, PNBPN menyebabkan penyerapan anggaran dan pelaksanaan kegiatan tidak optimal
2. Proses pengadaan yang belum berjalan optimal dan memerlukan penyesuaian teknis maupun administratif.
3. Masih terdapat proses revisi perencanaan kegiatan dan anggaran di semester berjalan.

Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

1. Penguatan koordinasi perencanaan dan pelaksanaan program
2. Percepatan proses administrasi pengadaan barang dan jasa.
3. Monitoring realisasi anggaran secara berkala agar hambatan dapat segera diidentifikasi dan diselesaikan.

B. Capaian Indikator Rancangan Rencana Strategis Tahun 2025 – 2029

I. Indikator Sasaran Strategis

1. AKI (per 100.000 kelahiran hidup)

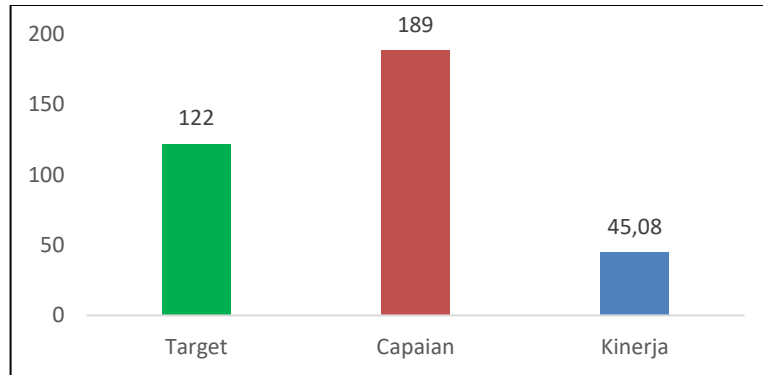
Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian perempuan akibat sebab apa pun yang berkaitan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk sebab kecelakaan atau insidental), yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, atau dalam 42 hari setelah kehamilan berakhir tanpa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

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

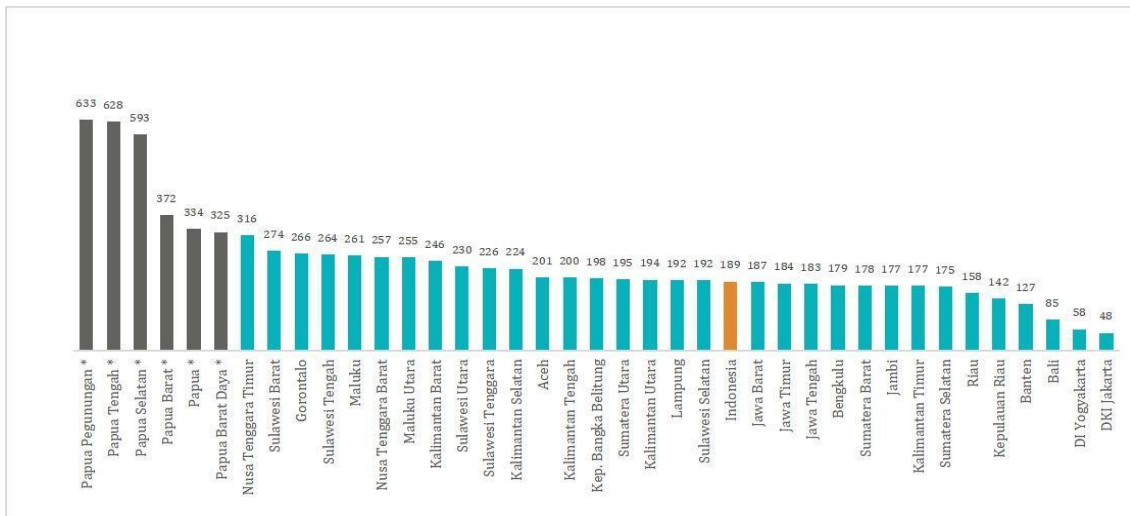
- Sensus penduduk dilakukan 10 tahun sekali; atau
- Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (diantara 2 sensus penduduk)

Oleh sebab itu, capaian di Tahun 2025 masih mengacu kepada hasil Sensus Penduduk di Tahun 2020 yaitu sebesar 189 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup. Perlu untuk diketahui, Indikator AKI merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik.

Grafik 36 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja AKI Semester 1 Tahun 2025



Grafik 37 Distribusi Angka Kematian Ibu Per Wilayah Provinsi Tahun 2025 Semester 1

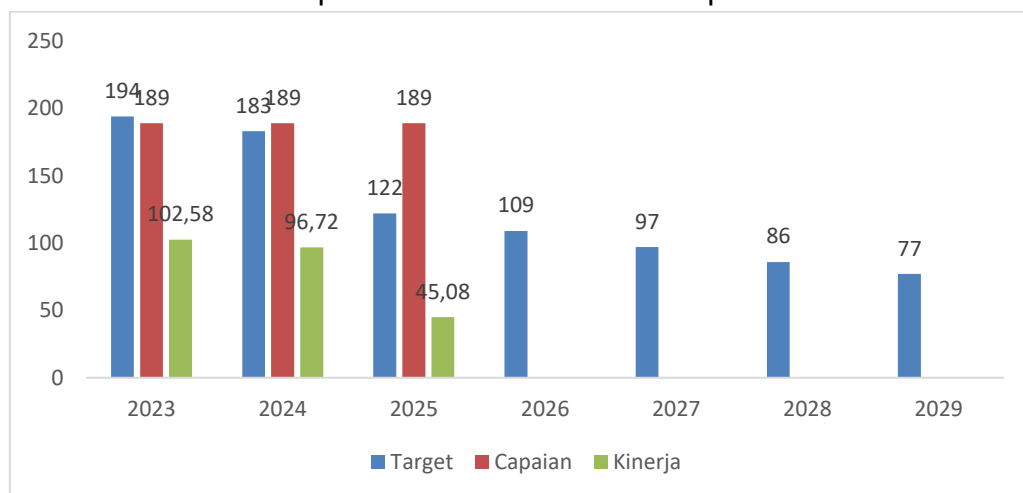


Sumber : Longform, SP (2020)

Distribusi angka kematian ibu berdasarkan Longform SP 2020 sebagaimana tampak pada Grafik 3.3 menunjukkan AKI tertinggi masih berada di wilayah timur yaitu Papua pegunungan dengan angka 638 / 100.000 KH. Disparitas atau kesenjangan tersebut tampak jelas antara provinsi di bagian barat dan timur Indonesia dan menunjukkan pelaksanaan intervensi belum merata dilakukan di setiap daerah.

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

Grafik 38 Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup



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

- Kebijakan persalinan di fasilitas kesehatan oleh tim minimal 2 (dua) orang terdiri dari Dokter dan bidan atau 2 orang bidan atau Bidan dan perawat
- Penyediaan USG di setiap Puskesmas untuk pemeriksaan kehamilan beserta pelatihan USG untuk dokter
- Penguatan skrining ibu hamil di Puskesmas, Puskesmas pembantu dan Posyandu diukung dengan penguatan laboratorium di Puskesmas dan kabupaten
- Pemeriksaan kehamilan sesuai standar paling sedikit 6 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 2 kali pada trimester ke-2, 3 kali pada trimester ke-3
- Pemenuhan sarana prasarana, peralatan dan BMHP pelayanan kesehatan ibu dan anak di Puskesmas, Pustu dan Posyandu
- Kegiatan peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan, seperti peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dan pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal melibatkan organisasi profesi.
- Pendampingan RSUD oleh RS Rujukan dan Organisasi Profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal.
- Pemberian makan tambahan berbahan pangan lokal bagi ibu hamil KEK dan ibu hamil resiko KEK.
- Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB seperti kerjasama dengan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Riset dan Teknologi untuk peningkatan literasi, skrining anemia pada rematri, pendampingan pemberian

Tablet Tambah Darah bagi remaja putri. Kerjasama dengan Kementerian Agama dalam konsultasi kesehatan bagi calon pengantin dan lain-lain.

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

Adapun faktor penghambat capaian kinerja indikator AKI, antara lain :

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

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

- Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi
- Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi, di antaranya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual
- Dukungan APBN kepada Daerah untuk kegiatan terkait untuk percepatan penurunan angka kematian ibu.
- Penyediaan alat kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan ibu bagi masyarakat antara lain alat USG 2 dimensi

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

- Penguatan koordinasi dan kolaborasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam meningkatkan sinergitas pelaksanaan program penurunan AKI dan AKB.
- Memperkuat kerja sama dengan lintas sektor dalam lingkup nasional maupun internasional dalam mendukung intervensi penurunan AKI dan AKB.
- Memperkuat sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal
- Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil
- Meningkatkan kesehatan remaja putri

2. Angka Kematian Balita

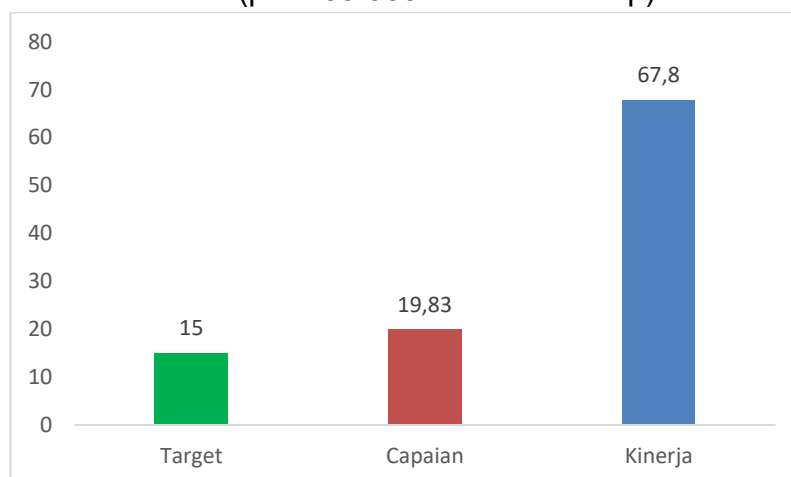
Penurunan Kematian Ibu dan Anak merupakan salah satu Kegiatan Prioritas Utama RPJMN Tahun 2025-2029., salah satunya adalah Angka Kematian Balita (AKBa). Angka kematian balita (AKBa) menunjukkan perbaikan signifikan, dari 267 pada 2015 (SUPAS BPS) menjadi 19,83 per 1.000 kelahiran hidup pada 2020 (Long Form Sensus Penduduk), sehingga telah melampaui target SDGs tahun 2030, yaitu 25 per 1.000 kelahiran hidup. Penurunan angka kematian menunjukkan peningkatan Kesehatan anak.

Angka Kematian Balita didefinisikan sebagai Jumlah kematian anak berusia 0-4 tahun (0-59 bulan) pada tahun tertentu per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Angka Kematian Balita dihitung dengan Jumlah penduduk yang meninggal pada umur 0-4 tahun (0-59 bulan) pada tahun tertentu, dibagi jumlah penduduk usia 0-4 tahun (0-59 bulan) pada pertengahan tahun yang sama, dikali 1000.

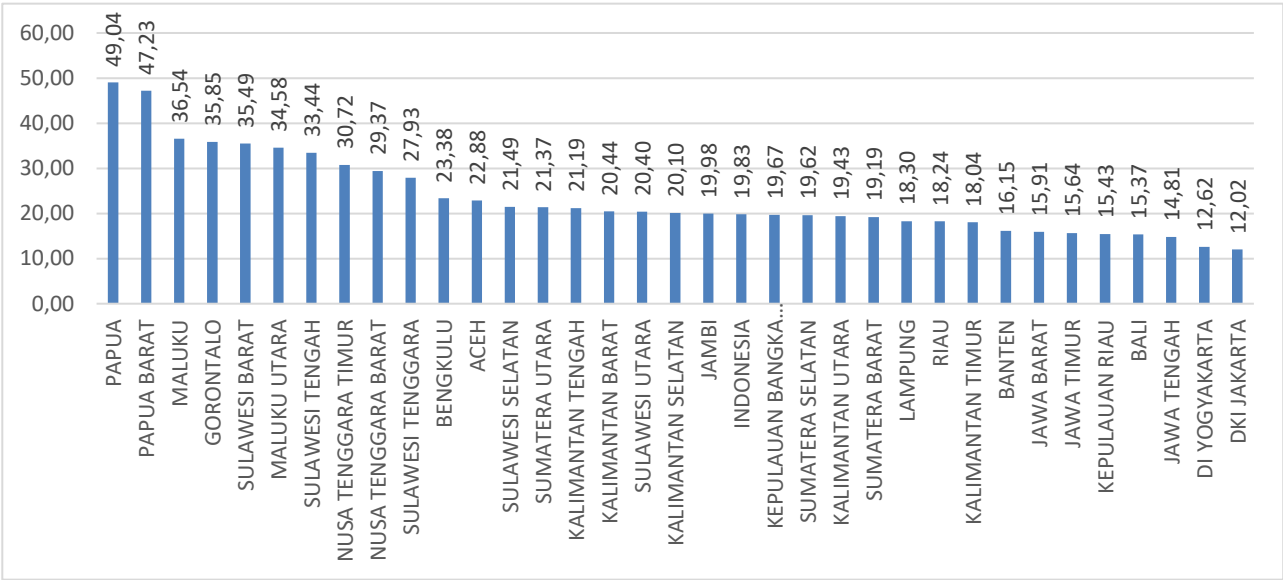
Data AKBa didapat dari survei/riset/sensus secara nasional yang dilakukan oleh institusi resmi secara berkala, dan diakui oleh Pemerintah, yaitu: Sensus penduduk dilakukan 10 tahun sekali atau Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (diantara 2 sensus penduduk). Oleh karena itu pelaporan AKBa tidak tersedia secara tahunan, Capaian Kinerja Indikator AKBa pada Tahun 2025 masih merujuk kepada hasil Long Form Sensus Penduduk 2020 yaitu 19,83 per 1.000 KH dari target tahun 2025 sebesar 15 per 1.000 KH.

Indikator AKBa merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga Persentase realisasi kinerja didapatkan dengan perhitungan: $((\text{Target} - (\text{Capaian} - \text{Target}))/T) \times 100\%$. Dengan target 15/1.000 KH dan realisasi 19,83/1.000 KH didapatkan persentase realisasi kinerja sebesar 67,80%.

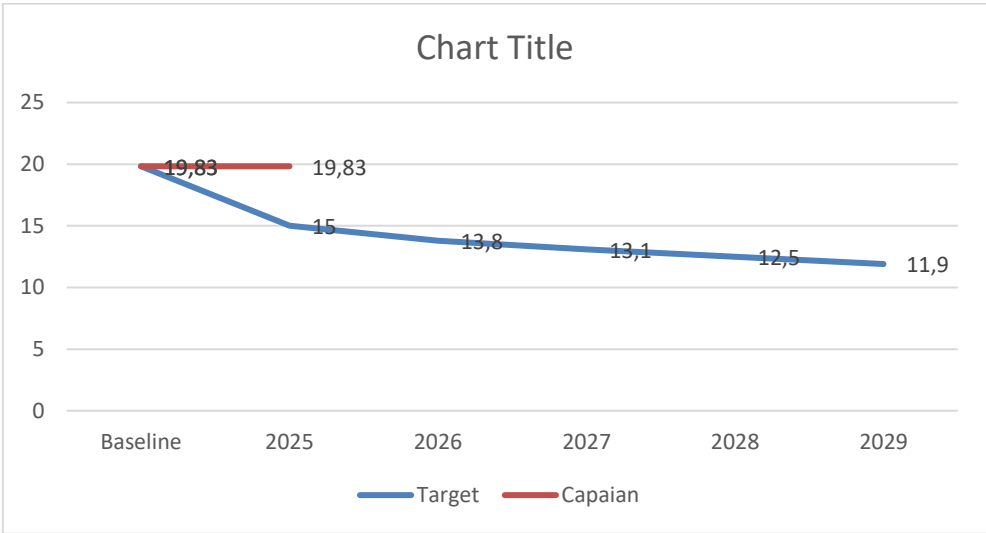
Grafik 39 Target, Capaian dan Kinerja Indikator AKba
(per 100.000 kelahiran hidup)



Grafik 40 Distribusi Angka Kematian Ibu Per Wilayah Provinsi TW I 2025



Sumber : Longform, SP (2020)
Grafik 41 Baseline, Capaian, dan Target AKBa



Berdasarkan tren di atas, capaian AKBa tahun 2025 masih mengacu kepada Sensus Penduduk Tahun 2020 yang masih berada di bawah target yaitu 19,83%. Target yang telah ditetapkan dalam rancangan Renstra yaitu 15, sehingga masih membutuhkan dukungan serta Kerjasama antar lintas program dan lintas sektor dalam Upaya penurunan AKBa tersebut. Perlu diketahui, Indikator AKBa merupakan indikator yang bersifat negatif sehingga semakin rendah angka maka semakin baik capaian dari indikator tersebut.

Upaya penurunan angka kematian Balita dilakukan mulai dari 1000 Hari Pertama Kelahiran yang dimulai dari masa kehamilan, yaitu:

- Deteksi dan penanganan dini risiko kehamilan (misalnya preeklamsia, infeksi,

anemia).

- Persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan
 - Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif selama 6 bulan.
 - Imunisasi lengkap sesuai jadwal (BCG, DPT, polio, campak, dll).
 - Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan Balita
 - Penanggulangan penyakit Balita melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit
 - Edukasi ibu balita tentang pola asuh, makanan bergizi, dan kebersihan
 - Pemberian Makanan Tambahan bagi Balita yang bermasalah gizi
- Faktor pendukung upaya penurunan Angka Kematian Balita adalah:
- Regulasi yang mendukung, misalnya Peraturan Menteri Kesehatan No. 66 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Anak.
 - Tersedianya program pelayanan Kesehatan Balita seperti: Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan Balita, Penurunan angka Stunting, MTBS, dan lainnya
 - Tersedianya tenaga kesehatan terlatih di Puskesmas
 - Pelatihan rutin bagi kader dan bidan desa
 - Keterlibatan Masyarakat melalui kader Posyandu aktif.
 - Tersedianya Sistem Informasi Kesehatan (SIK) kematian balita (MPDN)
- Faktor penghambat upaya penurunan Angka Kematian Balita adalah:
- Akses terhadap fasilitas kesehatan, terutama di daerah terpencil atau perdesaan.
 - Keyakinan atau praktik yang menghambat IMD, ASI eksklusif, atau menolak imunisasi.
 - Keterbatasan ekonomi dan Pendidikan orang tua balita menyebabkan keterbatasan akses pada makanan bergizi dan layanan kesehatan.
 - Kolaborasi lemah antara sektor kesehatan, pendidikan, sosial, dan infrastruktur.
- Alternatif solusi untuk upaya penurunan Angka Kematian Balita adalah:
- Meningkatkan akses terhadap fasilitas kesehatan
 - Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dan keterlibatan masyarakat dalam menangani penyebab utama kematian Balita, seperti diare
 - Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dan keterlibatan masyarakat dalam skrining kesehatan Balita

3. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek)

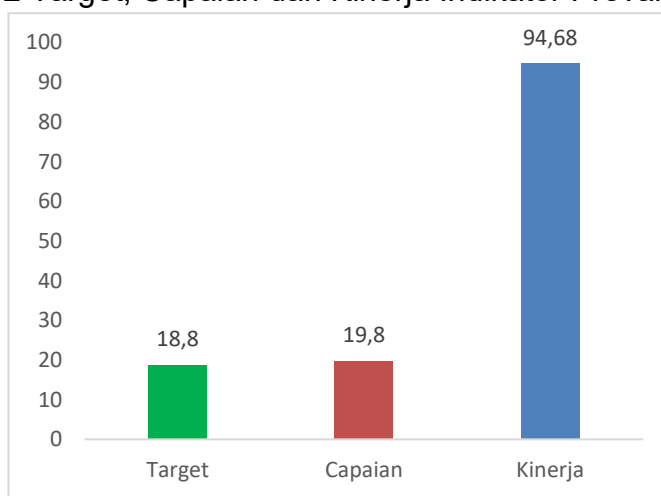
Stunting adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada di bawah standar yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan. Hingga saat ini, stunting masih termasuk kategori masalah kesehatan masyarakat yang tinggi.

Stunting rentan terjadi selama periode 1000 hari pertama kehidupan dan berdampak pada pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif. Dalam jangka panjang, stunting meningkatkan risiko penyakit degeneratif ketika dewasa seperti diabetes mellitus dan penyakit kardiovaskular.

Indikator prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) memiliki definisi operasional Persentase anak umur 0 - 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score kurang dari -2 SD. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) dihitung dengan formulasi Jumlah balita pendek dibagi jumlah balita diukur panjang atau tinggi badan dikali 100.

Capaian prevalensi stunting masih mengacu pada data Survei, sehingga untuk tahun 2025 mengacu pada data SSGI Tahun 2024 sebesar 18,8% dari target 19,8%. Indikator Prevalensi Stunting merupakan indikator negatif atau semakin rendah capaian semakin baik, sehingga capaian kinerja indikator prevalensi stunting sebesar 94,68%.

Grafik 42 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Prevalensi Stunting



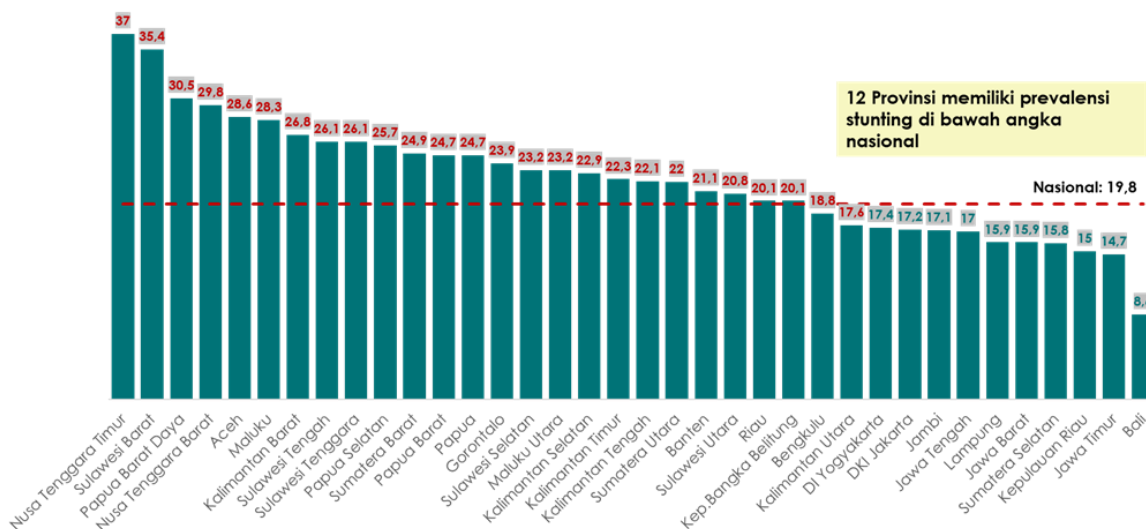
Secara nasional prevalensi stunting mengalami penurunan, dari 21,5% di tahun 2023 (SKI, 2023) menjadi 19,8% di tahun 2024 (Survei Status Gizi Indonesia, 2022). Hasil tersebut merupakan hal baik namun masih perlu peningkatan, karena masih dibawah target Tahun 2025 yaitu 14%.

Grafik 43 Capaian Indikator Stunting 2021- Semester 1 Tahun 2025



Adapun sebaran untuk masing masing provinsi sebagaimana berikut :

Grafik 44 Prevalensi Balita Stunting berdasarkan Provinsi



Sumber : Survei Status Gizi Indonesia Tahun 2024

Ket: Papua Tengah dan Pegunungan tidak dapat dipublikasikan karena Response Rate Rendah

Lima provinsi dengan prevalence stunting terbesar berdasarkan SSGI 2025 yaitu Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Barat, Papua Barat Daya, Nusa Tenggara Barat, dan Aceh. Sedangkan Lima provinsi terendah berdasarkan SKI 2023 yaitu Bali, Jawa Timur, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan dan Jawa Barat.

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

- Peningkatan kesehatan remaja putri melalui skrining anemia dan konsumsi

tablet tambah darah remaja putri

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

Faktor pendukung dalam penurunan dan pencegahan stunting adalah sebagai berikut:

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

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

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

Alternatif kegiatan untuk penurunan prevalensi stunting adalah:

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

4. Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60)

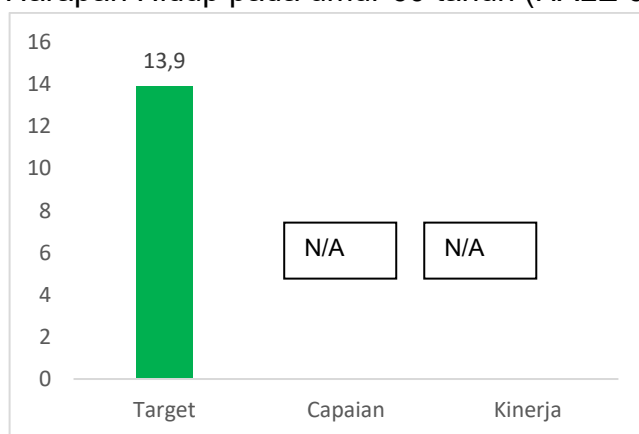
Peningkatan usia harapan hidup merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan, namun tantangan yang lebih besar adalah memastikan bahwa tahun-tahun tambahan tersebut dijalani dalam kondisi sehat dan produktif. Oleh karena itu, indikator Angka Harapan Hidup Sehat pada Umur 60 Tahun (Healthy Life Expectancy at Age 60 atau HALE60) dinilai cukup relevan dalam mengukur kualitas hidup lansia. HALE60 tidak hanya

mencerminkan berapa lama seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun dapat diharapkan untuk hidup, tetapi juga berapa lama mereka dapat hidup tanpa mengalami gangguan kesehatan yang signifikan.

Definisi operasional Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60) adalah Rata-rata jumlah tahun dalam kesehatan penuh yang dapat diharapkan seseorang untuk hidup pada usia 60 tahun, berdasarkan tingkat kesehatan dan kematian yang buruk saat ini.

Cara perhitungan indikator ini adalah: Harapan hidup pada usia 60 tahun - Tingkat tahun hilang karena kecacatan (YLD) karena semua penyebab. Data indikator Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60) didapatkan dari survei Pada tahun 2025 belum dilaksanakan survei terkait, sehingga data Capaian Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60) Tahun 2025 Semester 1 masih belum tersedia.

Grafik 45 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Prevalensi Stunting Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60)



Keberhasilan peningkatan HALE60 dipengaruhi oleh beberapa kegiatan dan intervensi, di antaranya:

1. Penguatan Layanan Kesehatan Lansia

- Skrining, edukasi dan pemberdayaan lansia di Posyandu
- Pelayanan Kesehatan yang santun lansia di Puskesmas
- Pengembangan Layanan Geriatri Terpadu di Rumah Sakit serta rujukannya
- Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan terkait pelayanan kesehatan lansia dan geriatri di Puskesmas serta perawatan jangka panjang lansia
- Perawatan jangka panjang bagi lansia dan layanan homecare.

2. Edukasi dan dukungan sosial

- Edukasi perilaku hidup sehat dan pencegahan penyakit bagi lansia
- Peningkatan kapasitas bagi caregiver atau pendamping lansia dalam perawatan jangka panjang lansia di masyarakat

Beberapa hal yang menjadi penghambat dalam Upaya Pencapaian indikator HALE60 adalah:

1. Keterbatasan Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Lansia.
2. Prevalensi PTM seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan stroke yang tinggi, sebagian besar tidak terdiagnosis atau tidak terkelola dengan baik sejak usia produktif.
3. Masih rendahnya kesadaran lansia dan keluarganya terhadap pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin dan pola hidup sehat.
4. Rendahnya cakupan perawatan jangka panjang,
5. Belum adanya data terintegrasi
6. Terbatasnya SDM terlatih pelayanan geriatri
7. Belum adanya skema pembiayaan untuk perawatan jangka panjang (LTC).

Solusi atas hambatan pencapaian indikator adalah:

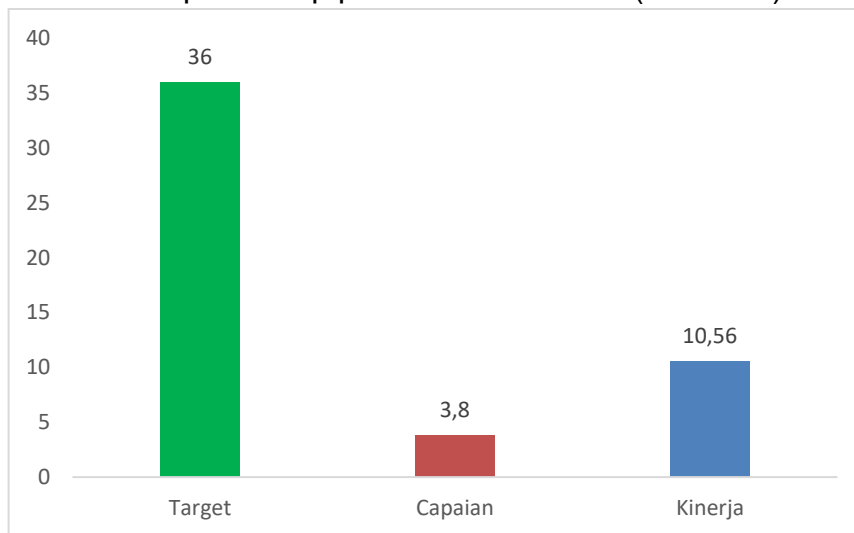
1. Penguatan layanan kesehatan primer yang ramah lansia (Posyandu Lansia, Pelayanan Kesehatan Geriatri di Puskesmas).
2. Peningkatan deteksi dini dan skrining PTM secara rutin di Puskesmas dan Posyandu Lansia.
3. Pelatihan bagi tenaga kesehatan terkait layanan kesehatan lansia dan penanganan geriatric.
4. Pelatihan bagi tenaga kesehatan terkait layanan kesehatan lansia dan penanganan geriatri.
5. Penguatan perawatan jangka panjang berbasis masyarakat

5. Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis

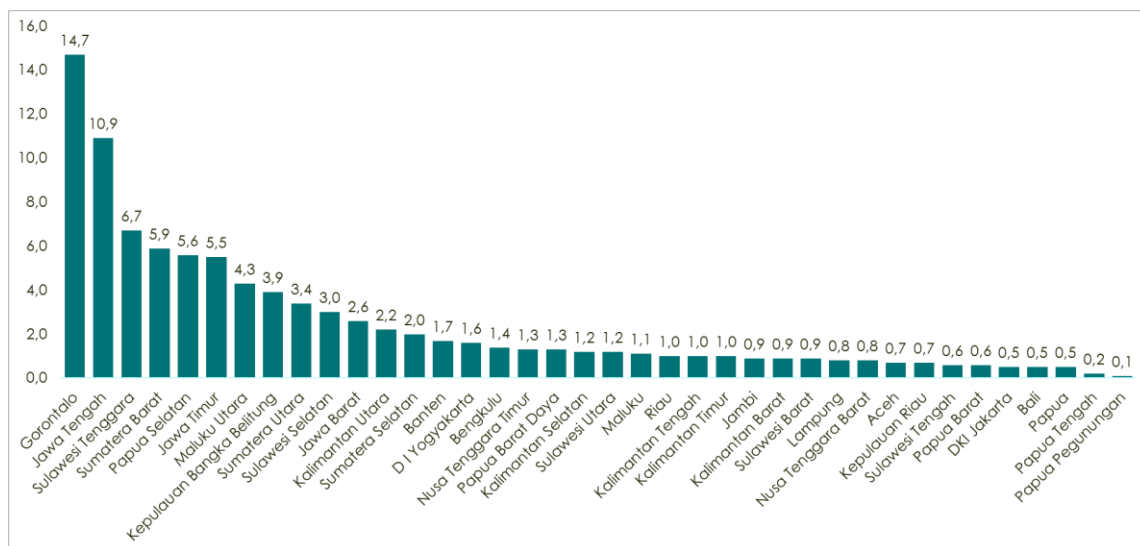
Definisi Operasional Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis adalah Proporsi jumlah penerima pemeriksaan gratis pada semua kelompok usia terhadap jumlah penduduk.

Cara Perhitungannya adalah jumlah penerima pemeriksaan kesehatan gratis pada semua kelompok usia, dibagi total penduduk, dikali 100%. Data capaian berdasarkan aplikasi ASIK. Capaian Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis Tahun 2025 Semester 1 sebesar 36%. Dengan relaisasi 3,8% maka realisasi kinerja sebesar 10,40%.

Grafik 46 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Prevalensi Stunting Angka Harapan Hidup pada umur 60 tahun (HALE 60)



Grafik 47 Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) Tahun 2025 Semester 1 berdasarkan Provinsi



Cut Off : per 30 Juni 2025

Faktor pendukung dalam pencapaian indikator ini yaitu Pemeriksaan Kesehatan Gratis merupakan program prioritas Presiden atau “quick win” sehingga mendapat dukungan dari semua pihak dan tersedianya sistem pelaporan

Faktor penghambat pencapaian indikator yaitu

- Belum optimalnya komitmen dan dukungan Kepala Daerah dalam pelaksanaan PKG

- Animo masyarakat untuk mengikuti PKG masih rendah
- Koneksi internet di beberapa wilayah masih terbatas
- Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) belum tersedia secara merata
- Infrastruktur dan Alat Kesehatan

Solusi atas hambatan dalam pencapaian indikator yaitu

- Melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan PKG untuk optimalisasi capaian PKG
- Melakukan sosialisasi dan advokasi rutin melalui rakor inflasi
- Memberikan reward/penghargaan kepada Provinsi dan Kab/Kota dengan capaian PKG terbaik
- Melakukan sosialisasi dan edukasi media elektronik berupa penayangan Iklan Layanan Masyarakat (ILM), baik berupa audio maupun video.
- Koordinasi bersama Dinas Komunikasi dan Informatika di seluruh Indonesia untuk menyebarkan informasi kegiatan
- Menyediakan infrastruktur teknologi informasi dan komunikasi (TIK) yang mendukung aksesibilitas informasi, seperti jaringan internet untuk mendukung pencatatan dan pelaporan
- Penyediaan BMHP melalui Bantuan Pemerintah
- Monitoring rutin ketersediaan BMHP
- Pelaksanaan Instruksi Presiden No. 5 Tahun 2025 tentang Percepatan Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer dan Lanjutan

6. Persentase depresi pada usia ≥ 15 tahun

Depresi merupakan penyebab utama disabilitas pada remaja. Depresi dapat menjadi penyebab bunuh diri. Kebanyakan dari gangguan psikologis tersebut tidak disadari dan tidak mendapatkan penanganan yang tepat. Kemungkinan munculnya ide untuk bunuh diri diantara orang-orang dengan gangguan depresi hampir 5 kali lebih tinggi dibandingkan yang tidak depresi. Proporsi anak muda dengan gangguan depresi yang pernah berpikir untuk mengakhiri hidup dalam 1 bulan terakhir yang didapatkan dalam SKI 2023 sangat tinggi yaitu 36 kali lebih besar dibandingkan yang tidak depresi pernah berpikir untuk mengakhiri hidup.

Definisi operasional Depresi pada Usia > 15 tahun adalah Rata-rata Perbandingan antara jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun yang saat ini mengalami gangguan depresi, terhadap jumlah seluruh penduduk berumur ≥ 15 tahun pada wilayah tertentu.

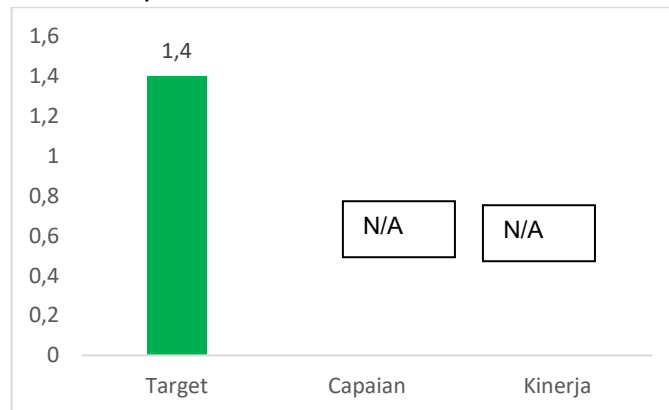
Cara perhitungan indikator ini adalah: Jumlah penduduk umur 15 tahun ke atas yang saat ini mengalami gangguan depresi (menurut MINI) dibagi jumlah seluruh penduduk berumur ≥ 15 tahun.

Data indikator Persentase Depresi pada Usia > 15 tahun didapatkan dari survei kesehatan Indonesia (SKI) yang dilaksanakan setiap 5 tahun sekali.

Prevalensi depresi akan masuk pada laporan tematik dalam SKI.

Pada tahun 2025 belum dilaksanakan survei terkait, sehingga data Capaian Persentase Depresi pada Usia > 15 tahun Tahun 2025 Semester 1 masih belum tersedia.

Grafik 48 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Persentase Depresi pada Usia > 15 tahun Tahun 2025



Depresi pada usia >15 tahun bukan hanya masalah klinis, tetapi juga masalah sosial. Oleh karena itu, upaya lintas sektor, lintas usia, dan berbasis komunitas sangat diperlukan.

Beberapa hal yang menjadi penghambat dalam Upaya Pencapaian indikator Persentase Depresi pada Usia > 15 tahun adalah:

- Masih kuat anggapan negatif terhadap gangguan jiwa yang menyebabkan orang enggan mencari pertolongan
- Akses yang terbatas ke layanan kesehatan jiwa
- Terbatasnya tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa
- Terbatasnya tenaga profesional dalam kesehatan jiwa
- Program rujuk balik yang belum berjalan optimal
- Perbedaan jenis psikofarmaka yang diberikan kepada pasien
- Biaya pengobatan yang cukup tinggi

Faktor pendukung dalam Upaya Pencapaian indikator Persentase Depresi pada Usia $\geq$ 15 tahun adalah:

- Pemenuhan cakupan skrining kesehatan jiwa pada penduduk usia > 15 tahun dalam Cek Kesehatan Gratis dan skrining anak sekolah
- Peningkatan kapasitas tenaga medis dan tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa di puskesmas
- Pemenuhan tenaga profesional dalam layanan jiwa (psikiater, psikolog klinis dan perawat jiwa)
- Pemenuhan psikofarmaka di puskesmas

- Koordinasi lintas sektor dalam kesehatan jiwa (misal pembentukan TPKJM)
- Penguatan peran kader dalam menemukan dan mendampingi pasien dalam pengobatan teratur
- Tersedianya Pedoman Penanggulangan Kesehatan Jiwa Masyarakat mendorong pelibatan lintas sektor
- Tersedianya hotline 1500-567, SMS ke 0812-8156-2620, dan juga fitur 119 ext 8 untuk konsultasi kesehatan jiwa dan Beberapa rumah sakit jiwa juga mengaktifkan layanan telepon khusus kesehatan mental
- Meningkatnya animo masyarakat tentang kesehatan jiwa

Solusi atas hambatan pencapaian indikator adalah:

- Peningkatan literasi dan edukasi kepada masyarakat (misal melalui sosialisasi)
- Pelatihan tenaga kesehatan umum (dokter, perawat) dalam kesehatan jiwa
- Peningkatan jumlah dan distribusi tenaga profesional dalam kesehatan jiwa
- Perluasan akses layanan kesehatan jiwa (pemanfaatan teknologi/telekonseling), integrasi layanan kesehatan jiwa dalam layanan primer
- Advokasi pemangku kepentingan untuk peningkatan anggaran layanan kesehatan jiwa
- Pembuatan Peraturan Daerah dalam kesehatan jiwa
- Pelibatan masyarakat dan kolaborasi lintas sektor dalam kesehatan jiwa
- Orientasi kader
- Monitoring dan evaluasi program kesehatan jiwa secara berkala

7. Persentase penduduk dengan literasi kesehatan

Literasi kesehatan adalah kemampuan seseorang untuk mendapatkan, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan diri dan keluarganya. Ini mencakup kemampuan untuk mengakses, mengolah, menilai, dan menerapkan informasi kesehatan dalam berbagai situasi untuk menjaga kesehatan.

Definisi Operasional Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan adalah persentase penduduk dengan skor literasi masuk kategori “sufficient” dan “excellent”. Literasi kesehatan dimaksud adalah tingkat kemampuan penduduk dalam mengakses, memahami, menilai dan menerapkan informasi kesehatan untuk mengambil keputusan yang terkait pelayanan kesehatan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

Cara perhitungan:

Jumlah penduduk dengan skor literasi kesehatan masuk kategori “sufficient” dan “excellent”, dibagi total responden, dikali 100%.

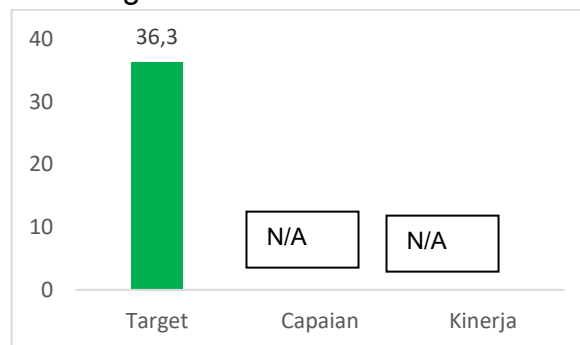
Nilai literasi kesehatan tiap individu diukur dengan instrument HLS-ID 16

dengan skala 0-64 selanjutnya dkategorikan sbb:

- Literasi kesehatan inadequate: skor 0-16
- Literasi kesehatan problematic: skor 17-32
- Literasi kesehatan sufficient: skor 33-48
- Literasi kesehatan excellent: skor 49-64

Data Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan didapatkan dari survei. Pada tahun 2025 belum dilaksanakan survei terkait, sehingga data Capaian Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan Tahun 2025 Semester 1 masih belum tersedia.

Grafik 49 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Persentase penduduk dengan literasi kesehatan Tahun 2025



Pada tahun 2024 tersedianya data capaian sebesar 36,3% untuk Pulau Jawa yang digunakan sebagai baseline data.

Faktor penghambat yaitu capaian indikator ini pada tahun 2024 hanya mewakili Pulau Jawa karena keterbatasan anggaran yang tersedia.

Alternatif Solusi dari hambatan pencapaian indikator yaitu pada tahun 2025 diusulkan untuk dilakukan survei literasi kesehatan pada masyarakat di wilayah Pulau Sumatera. Untuk tahapan pelaksanaan hingga saat ini masih dalam proses pengajuan materi tahap persiapan pengadaan barang dan jasa.

8. Proporsi penduduk dengan aktivitas fisik cukup

Aktivitas fisik sangat penting untuk menjaga kesehatan dan kebugaran. Rutin berolahraga dapat meningkatkan kualitas hidup, menjaga kesehatan jantung, mengendalikan berat badan, dan meningkatkan kesehatan mental. Untuk orang dewasa, WHO menganjurkan setidaknya 150 menit aktivitas fisik intensitas sedang atau 75 menit aktivitas fisik intensitas tinggi per minggu. Anak-anak dan remaja membutuhkan setidaknya 60 menit aktivitas fisik intensitas sedang hingga berat setiap hari.

Definisi Operasional Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup adalah Persentase penduduk yang melakukan aktivitas fisik yang dianjurkan (>150 menit) selama jangka waktu tertentu (1 minggu) terhadap penduduk berusia >10

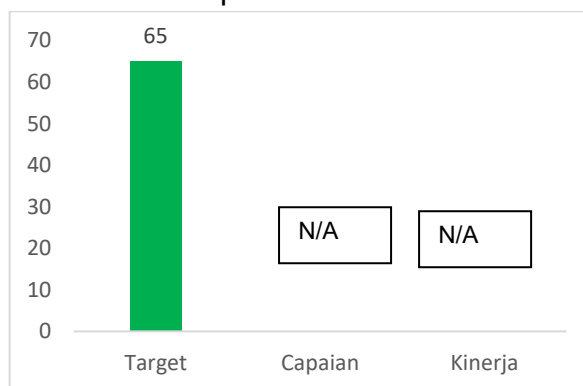
tahun pada jangka waktu yang sama

Cara perhitungan:

Jumlah penduduk yang melakukan aktivitas fisik yang dianjurkan (>150 menit) selama jangka waktu tertentu (1 minggu) terhadap penduduk berusia >10 tahun pada jangka waktu yang sama dalam suatu wilayah, dibagi jumlah penduduk >10 tahun, dikali 100%. Data Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup didapatkan dari survei.

Sampai dengan Bulan 30 Juni tahun 2025 masih berlangsung pelaksanaan survei Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup, sehingga data Capaian Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup Tahun 2025 Semester 1 masih belum tersedia.

Grafik 50 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup Tahun 2025



Dalam upaya pencapaian indikator Proporsi Penduduk dengan Aktivitas Cukup dilakukan kegiatan sebagai berikut:

- Penyusunan Pedoman Aktivitas Fisik
- Fasilitasi dan Pembinaan Kebugaran Jasmani dan Aktivitas Fisik
- Workshop Kesehatan olahraga
- Pemeliharaan SIPGAR

Faktor pendukung dalam pencapaian indikator:

- Dana kegiatan pendukung sudah dialokasikan melalui APBN
- Tersedianya aplikasi SIPGAR
- Partisipasi masyarakat terkait olah raga cukup tinggi

Faktor penghambat dalam pencapaian indikator:

- Seluruh kegiatan pendukung pencapaian indikator Proporsi Penduduk dengan
- Aktivitas Cukup masih dalam revisi DIPA

Alternatif solusi dari hambatan pencapaian indikator:

- Melakukan percepatan proses revisi DIPA melalui sesditjen kesprimkom
- Mematuhi jadwal pelaksanaan survey yang sudah direncanakan

9. Persentase kabupaten/kota dengan fasilitas kesehatan sesuai standar

Definisi Operasional Persentase kabupaten/kota dengan fasilitas kesehatan sesuai standar adalah:

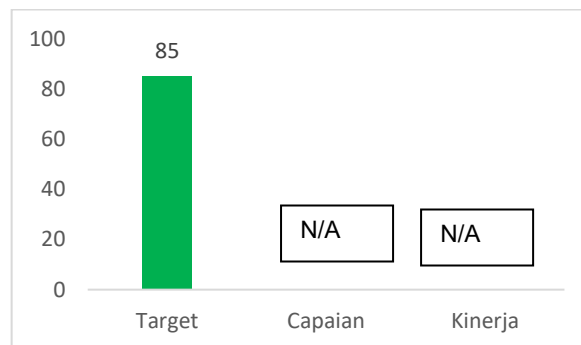
Persentase kabupaten/kota yang memiliki :

1. Fasilitas kesehatan primer: dan
 - a) 80% desa di kabupaten/kota memiliki setidaknya 1 Pustu; dan
 - b) 80% Puskesmas di kabupaten/kota melayani ≤ 30 ribu penduduk atau jarak ≤ 120 menit
2. Fasilitas kesehatan lanjutan minimal 1 rumah sakit kelas C untuk setiap kabupaten/kota sesuai kebutuhan

Cara perhitungan:

Jumlah kabupaten/kota yang memiliki jumlah Puskesmas, pustu dan RS sesuai kebutuhan, dibagi jumlah kabupaten/ kota, dikali 100%

Grafik 51 Target, Capaian dan Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Fasilitas Kesehatan



Data capaian semester I untuk Kabupaten/kota dengan fasilitas kesehatan sesuai standar belum tersedia karena sistem pencatatan pelaporan belum tersedia dan akan diupayakan di akhir tahun.

Upaya dalam pencapaian indikator

1. Penambahan Puskesmas di wilayah padat penduduk, akses ke fasyankes ditas 120 menit melalui DAK
2. Penguatan pustu, poskesdes di daerah sulit akses
3. Pemberdayaan masyarakat melalui kader kesehatan
4. Membuat sistem pencatatan dan pelaporan untuk memonitoring capaian indikator

Hambatan dalam pencapaian indikator Persentase Puskesmas yang memenuhi standar akses:

- a. Keterbatasan anggaran untuk pembangunan puskesmas baru
- b. Letak geografis sulit dan kondisi ekstrem menyulitkan mobilitas dan pembangunan layanan
- c. Kurangnya partisipasi masyarakat dan pemerintah desa dalam mendukung

upaya perluasan akses layanan

d. Keterbatasan pemanfaatan teknologi informasi

Solusi atas hambatan dalam pencapaian indikator

1. Pemanfaatan bangunan eksisting atau aset milik pemda sebagai lokasi puskesmas baru
2. Pengembangan layanan jarak jauh (telemedicine)
3. Sosialisasi dan pelibatan aktif pemerintah desa dan masyarakat dalam menjaga dan mengoptimalkan layanan Puskesmas

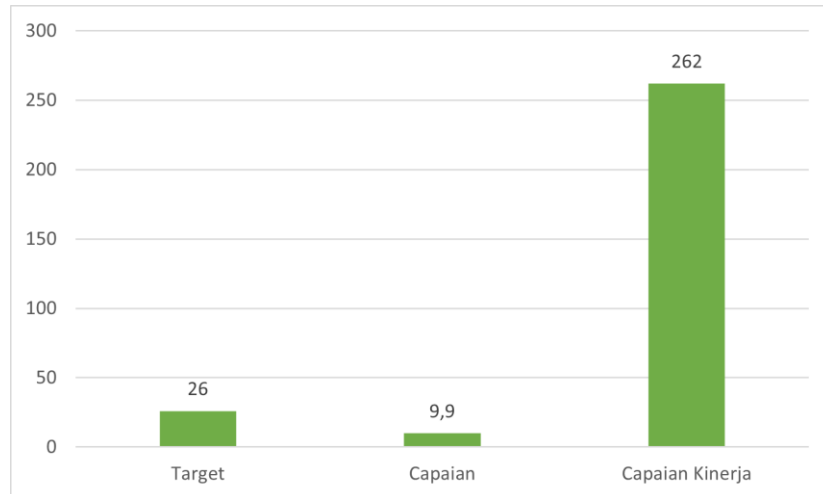
II. Indikator Kinerja Program Direktorat Jendral Kesehatan Primer dan Komunitas

1. Persentase Anemia pada ibu hamil

Persentase Anemia Ibu Hamil yaitu Ibu hamil yang masuk dalam kategori anemia ditandai dengan Hb hasil pengukuran <11 g/dl dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja. Hb atau Hemoglobin adalah protein kaya zat besi dalam sel darah merah yang bertugas membawa oksigen ke seluruh tubuh, termasuk janin yang sedang berkembang. Anemia pada ibu hamil dapat disebabkan oleh kekurangan zat besi, asam folat, atau vitamin B12. Kondisi ini bisa berdampak pada ibu dan bayi, seperti persalinan prematur, berat badan lahir rendah pada bayi, hingga depresi pasca persalinan pada ibu. Sehingga, salah satu upaya yang dapat dilakukan agar Ibu tidak melahirkan anak yang berpotensi stunting adalah dengan mencukupi kandungan zat besi pada Ibu hamil dan juga rutin melakukan cek kehamilan. Cara perhitungan indikator adalah Jumlah ibu hamil anemia dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja dibagi Jumlah ibu hamil yang diperiksa Hemoglobin dalam kurun waktu yang sama di suatu wilayah kerja.

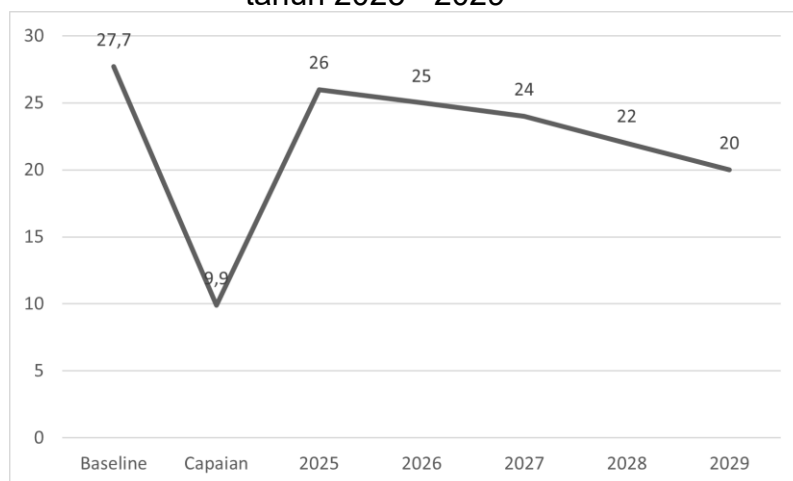
Capaian indikator Persentase Anemia Ibu Hamil Semester I Tahun 2025 yaitu sebesar 9,9%, sudah jauh lebih baik dari target yang telah ditetapkan di angka 26%. Persentase Anemia Ibu Hamil merupakan salah satu indikator yang bersifat negatif, sehingga semakin rendah angka maka semakin baik capaian dari indikator tersebut. Oleh sebab itu, dapat dikatakan capaian kinerjanya sebesar 262%. Namun demikian, capaian kinerja tersebut harus tetap dipertahankan hingga penghujung tahun 2025 agar tidak mengalami penurunan karena masih terdapat kemungkinan data yang bersifat under reporting.

Grafik 52 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja Anemia Ibu Hamil Semester 1 Tahun 2025



Sumber data: Sigizi Kesga

Grafik 53 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Anemia Pada Ibu Hamil tahun 2025 - 2029



Jika melihat tren pada grafik di atas, capaian Persentase Anemia pada Ibu Hamil di Semester I ahun 2025 sudah jauh diatas target yang telah ditetapkan. Namun, masih diperlukan kerjasama baik dalam lintas program di Kementerian Kesehatan maupun lintas sektor pusat dan daerah guna mempertahankan capaian yang sudah baik sehingga target 26% di tahun 2025 dapat tercapai.

Upaya-upaya yang telah dan masih dilakukan dalam mendukung indikator Persentase anemia pada ibu hamil yaitu sebagai berikut:

- Koordinasi dengan lintas Kementerian Lembaga terkait implementasi UKS/M dan Kesehatan Remaja dengan organisasi profesi,akademisi,dan lintas K/L
- Peningkatan Kapasitas terkait Pelayanan Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja dalam rangka meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia

- dalam melakukan skrining anemia pada remaja putri sebagai calon Ibu
- c. Evaluasi Pelayanan Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja
 - d. Fasilitasi Daerah dalam Pelayanan Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja
 - e. Pemberian Multi Mineral Supplements pada Ibu Hamil
 - f. Pemanfaatan edukasi pada kelas Ibu Hamil guna meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya kondisi kesehatan Ibu Hamil termasuk keluarga

2. Cakupan KF lengkap sesuai standar

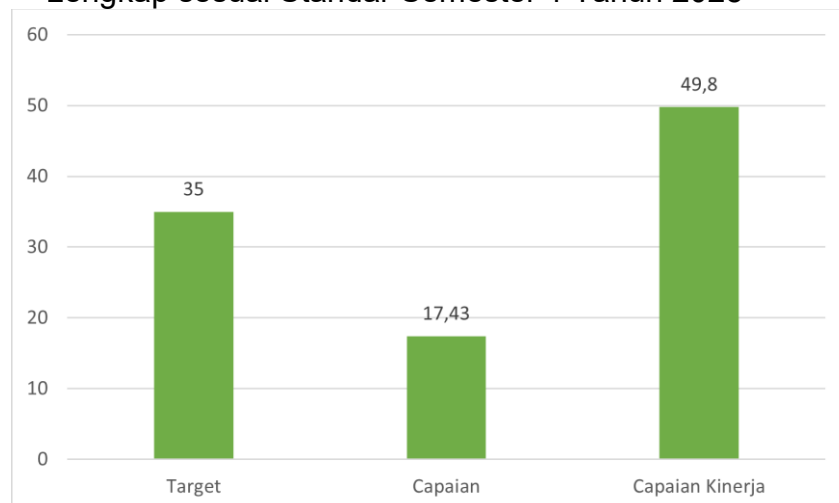
Cakupan kunjungan nifas lengkap sesuai standar dapat didefinisikan sebagai Persentase ibu nifas yang mendapatkan pelayanan nifas minimal 4x secara lengkap sesuai standar dengan ketentuan minimal 1x pada 6-48 jam setelah melahirkan, 1x pada hari 3-7, 1x pada hari ke 8 -28, dan 1x pada hari ke 29-42 setelah melahirkan di suatu wilayah pada kurun waktu yang tertentu.

Pelayanan yang harus diberikan adalah sebagai berikut:

- a. Identifikasi tanda bahaya (perdarahan, tekanan darah tinggi, pandangan mata kabur, nyeri kepala yang sangat mengganggu, kejang, keluarnya cairan berbau dan berwarna dari jalan lahir),
- b. Edukasi menyusui,
- c. Edukasi dan/atau pelayanan kb,
- d. Edukasi tentang pemenuhan gizi ibu selama masa nifas dan menyusui

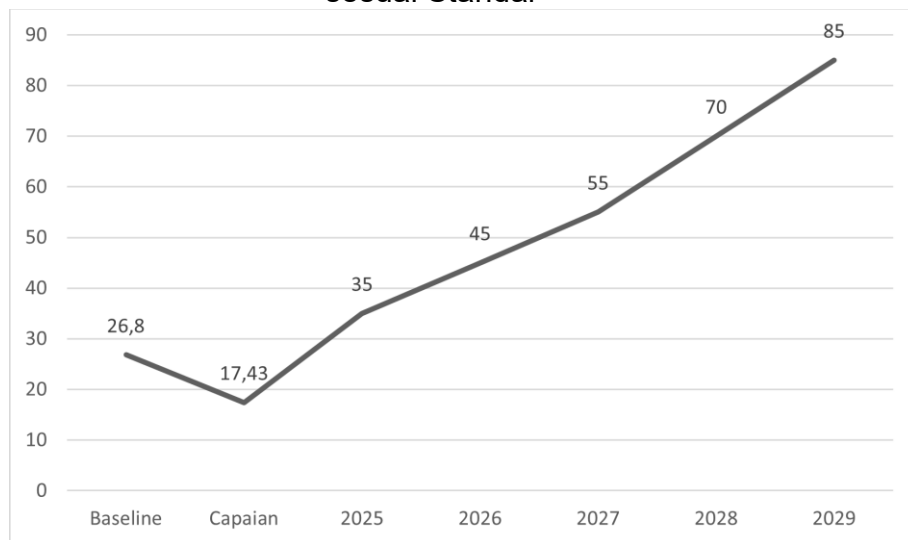
Capaian kunjungan nifas lengkap sesuai standar hingga Semester I Tahun 2025 yaitu sebesar 17,43%, sudah cukup on track untuk mencapai target di angka 35%. Sehingga, dapat dikatakan capaian kinerjanya sebesar 49,8% sejalan dengan pelaksanaan kegiatan yang sudah memasuki paruh tahun 2025, masih terdapat 5 bulan efektif untuk memenuhi target dengan melakukan berbagai program dalam mendukung kunjungan nifas lengkap.

Grafik 54 Target, Capaian, dan Capaian Kinerja Cakupan Kunjungan Nifas Lengkap sesuai Standar Semester 1 Tahun 2025



Sumber data: Komdat kesmas

Grafik 55 Baseline, Capaian, dan Target Cakupan Kunjungan Nifas Lengkap sesuai Standar



Jika melihat tren pada grafik di atas, capaian Cakupan Kunjungan Nifas Lengkap sesuai Standar di Semester I tahun 2025 sudah on track dengan target yang telah ditetapkan. Diperlukan kerjasama baik dalam lintas program di Kementerian Kesehatan maupun lintas sektor pusat dan daerah guna mencapai angka 35% di penghujung akhir tahun 2025.

Upaya-upaya yang telah dan masih dilakukan dalam mendukung indikator Cakupan Kunjungan Nifas Lengkap sesuai Standar yaitu sebagai berikut:

- a. Koordinasi LP/LS, Organisasi Profesi dalam rangka peningkatan mutu layanan primer dan rujukan untuk penurunan AKI AKB
 - b. Koordinasi Sistem Surveilans Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak dalam rangka meningkatkan pencatatan dan pelaporan di daerah
 - c. Analisis dan Pemanfaatan data Surveilans Gizi KIA Tingkat Nasional
 - d. Koordinasi pelaksanaan Audit Maternal Perinatal Surveilans Response (AMPSR)
 - e. Pembaharuan Sistem Informasi Maternal Perinatal Death Notification
 - f. Penganggaran melalui dana Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten/Kota hingga Puskesmas
- Hambatan dalam pencapaian indikator yaitu
- a. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran ibu nifas tentang pentingnya kunjungan nifas secara lengkap dan tepat waktu
 - b. Belum meratanya tenaga kesehatan terlatih yang memahami standar pelayanan nifas lengkap, khususnya di Puskesmas dan fasilitas pelayanan dasar.
 - c. Kualitas pencatatan yang belum optimal di beberapa daerah, sehingga kunjungan yang telah dilakukan tidak seluruhnya tercatat.

Solusi atas hambatan pencapaian indikator yaitu

- Edukasi terencana melalui kelas ibu hamil dan ibu nifas dan Pelibatan kader dalam edukasi berbasis komunitas
- Pelatihan tenaga kesehatan secara berkala tentang standar KF lengkap
- Supervisi dan pelatihan petugas pencatatan secara berkala

3. Persentase ibu hamil mendapat kan skrining preeklampsia

Pre-eclampsia adalah kondisi serius yang bisa terjadi pada ibu hamil, biasanya setelah minggu ke-20 kehamilan. Kondisi ini ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan adanya protein dalam urine. Preeklampsia dapat memicu berbagai komplikasi serius jika tidak ditangani dengan tepat, baik bagi ibu maupun janin. Ibu yang mengalami komplikasi pre-eclampsia biasanya adalah ibu yang memiliki penyakit penyerta hipertensi. Pre-eclampsia juga menjadi salah satu dari beberapa kondisi kompilasi kehamilan yang terjadi pada ibu hamil yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu saat melahirkan.

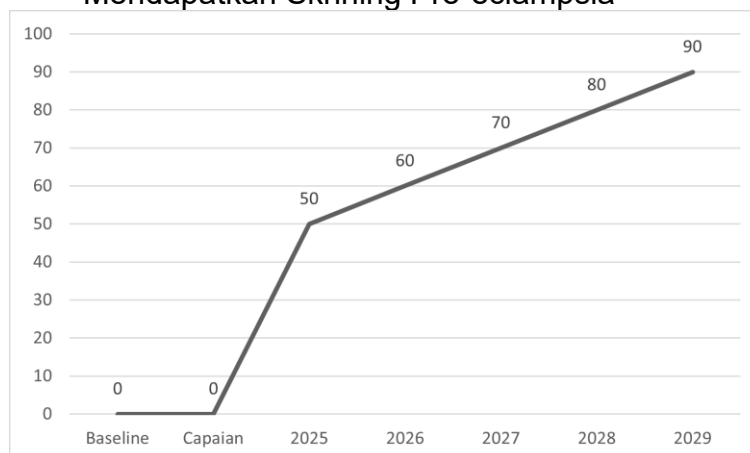
Standar skrining preeklamsia pada ibu hamil meliputi:

- Anamnesis: Riwayat kehamilan, Riwayat persalinan, Riwayat pernikahan, riwayat penyakit ibu, riwayat Preeklamsi pada keluarga
- Pemeriksaan fisik (BB, TB, pengukuran tekanan darah)
- Pemeriksaan laboratorium (proteinuria)

Cara perhitungan Persentase Ibu Hamil Yang Mendapatkan Skrining Pre-eclampsia adalah dengan menghitung umlah ibu hamil yang mendapatkan skrining preeklampsia dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja dibagi jumlah sasaran ibu hamil dalam kurun waktu yang sama di suatu wilayah kerja.

Persentase Ibu Hamil Yang Mendapatkan Skrining Pre-eclampsia merupakan salah satu indikator baru dalam rancangan Renstra 2025 – 2029, sehingga pada saat ini belum didapatkan angka pada sistem Komdat Kesmas karena masih dalam proses sosialisasi pencatatan dan pelaporan kepada petugas kesehatan di tingkat Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, dan Puskesmas.

Grafik 56 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Ibu Hamil Yang Mendapatkan Skrining Pre-eclampsia



Berdasarkan grafik di atas, tidak terdapat baseline yang menunjukkan bahwa indikator tersebut merupakan suatu hal yang baru. Target dari 2025 – 2029 terus bertambah, sehingga diperlukan kerjasama baik dalam lintas program di Kementerian Kesehatan maupun lintas sektor pusat dan daerah guna pencapaian target yang *on track*.

Upaya-upaya yang telah dan masih dilakukan dalam mendukung indikator Persentase Ibu Hamil Yang Mendapatkan Skrining Pre-eclampsia yaitu sebagai berikut:

- a. Koordinasi LP/LS Pokja Nasional Dalam Upaya Penurunan AKI dan AKB
- b. Koordinasi dalam Rangka Peningkatan Kualitas Pelayanan Matneo pada FKTP PONED oleh RSUD
- c. Penyediaan Buku KIA
- d. Pemeliharaan Sistem Informasi eKohort

Hambatan dalam pencapaian indikator yaitu :

- a. Rendahnya pengetahuan ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan risiko pre-eclampsia
- b. Tidak semua ibu hamil datang pada jadwal pemeriksaan kehamilan secara lengkap, sehingga momen skrining bisa terlewat.
- c. Kurangnya sinergi antara FKTP dan FKTL (RSUD/RS) dalam tindak lanjut rujukan kasus risiko tinggi.

Solusi untuk hambatan dalam pencapaian indikator yaitu :

- a. Edukasi melalui Buku KIA, kelas ibu hamil, dan promosi di posyandu
- b. Pelayanan ANC aktif dengan kunjungan rumah bagi ibu yang tidak datang
- c. Penguatan jejaring rujukan MatNeo antara FKTP dan FKTL

4. Angka Kematian Neonatal

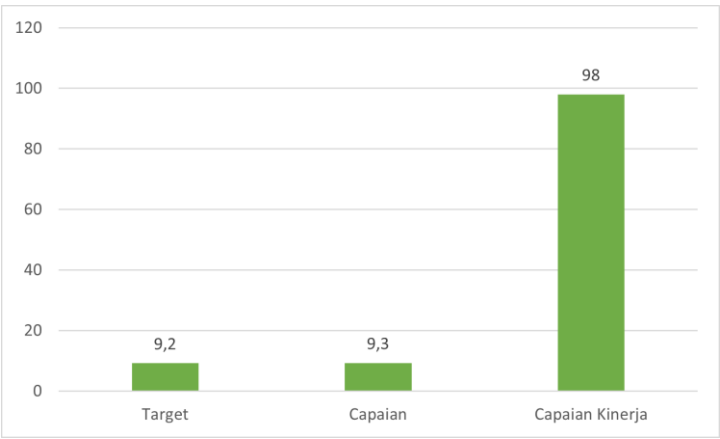
Angka kematian neonatal (AKN) merupakan salah satu indikator utama dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan maternal dan neonatal di suatu negara. Neonatal adalah bayi yang berusia 0-28 hari, periode yang sangat rentan terhadap kematian akibat komplikasi saat persalinan, infeksi, prematuritas, dan asfiksia

Definisi operasional Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah jumlah kematian bayi usia 0-28 hari per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun tertentu. Cara perhitungan indikator Angka Kematian Neonatal adalah Jumlah kematian bayi baru lahir usia 0-28 hari dibagi jumlah lahir hidup dikali 1.000. Angka Kematian Neonatal (AKN) seperti juga Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi didapatkan melalui pelaksanaan survei/riset/sensus/hasil analisis kematian neonatal secara nasional maupun lokal daerah yang dilakukan oleh institusi resmi secara berkala, dan diakui oleh Pemerintah, seperti Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilakukan 5 tahun sekali; atau Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan 10 tahun sekali (diantara 2

sensus penduduk); atau Riset/analisis lokal daerah dilakukan oleh BPS/institusi/lembaga/penelitian daerah; atau Lainnya

Capaian Angka Kematian Neonatal tahun 2025 masih mengacu kepada Sensus Penduduk/Long Form Tahun 2020 sebagai survei terupdate yaitu 9,3 per 1.000 kelahiran hidup, sehingga dengan target sebesar 9,2 per 1.000 kelahiran hidup di Tahun 2025, maka capaian kinerjanya mencapai 98%%. Hingga saat penyusunan LAKIP Semester 1 Tahun 2-25 ini belum ada update survei terkait Angka Kematian Neonatal. Untuk monitoring tahunan, kematian neonatal dilaporkan dalam jumlah kasus kematian (absolut), terdapat 13.000 kematian neonatal yang terhitung hingga bulan Juni 2025.

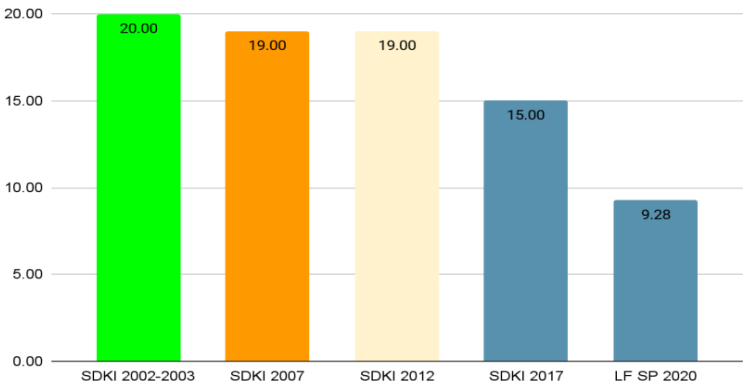
Grafik 57 Target, Capaian dan Kinerja Angka Kematian Neonatal



Sumber data: *longform 2020*

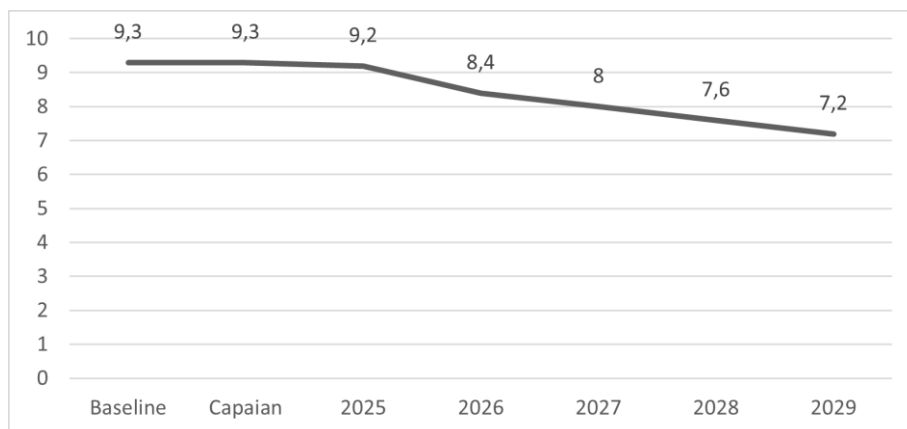
Selama kurun waktu dua dekade, Angka Kematian Neonatal Indonesia menurun hingga lebih dari 53%. Penurunan dari 20 kematian neonatal hasil SDKI 2002-2003 menjadi 9 hingga 10 kematian neonatal per 1000 KH dari hasil Long Form SP 2020

Grafik 58 Tren Angka Kematian Neonatal di Indonesia



Sumber data: SDKI dan *longform*

Grafik 59 Baseline, Capaian, dan Target Angka Kematian Neonatal



Berdasarkan grafik tren di atas, capaian Semester 1 Tahun 2025 masih sama dengan baseline di tahun 2024 yaitu menggunakan data Sensus Penduduk Tahun 2020. Target dari Tahun 2025 – 2029 terus menurun, sehingga diperlukan kerjasama baik dalam lintas program di Kementerian Kesehatan maupun lintas sektor pusat dan daerah guna pencapaian target yang on track.

Upaya-upaya yang telah dan masih dilakukan dalam upaya penurunan angka kematian neonatal adalah:

- Kegiatan peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan, seperti peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan metode blended learning, Manajemen bayi berat lahir rendah (BBLR) dan pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
- Pendampingan RSUD oleh RS Rujukan dan Organisasi Profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal
- Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB
- Skrining bayi baru lahir diantaranya Skrining Hipotiroid Kongenital, Skrining Hiperplasia Adrenal Kongenital, dan Skrining Glukosa-6-Fosfat-Dehidrogenase (G6PD) yang tersedianya baik di APBN maupun DAK Nonfisik
- Tersedianya menu kegiatan terkait penurunan AKI AKB dalam DAK Non Fisik
- Peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan melalui berbagai orientasi/sosialisasi penggunaan aplikasi kepada pengelola program dan penginput data program

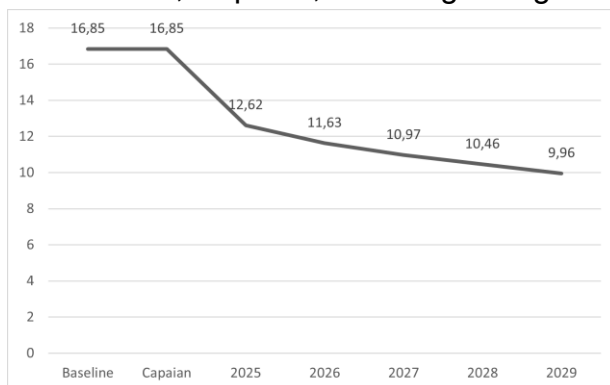
5. Angka Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi didefinisikan sebagai jumlah meninggalnya bayi yang berusia di bawah 1 tahun per 1.000 kelahiran yang terjadi dalam kurun satu tahun. Angka ini kerap digunakan sebagai acuan untuk menilai baik-buruknya kondisi ekonomi, sosial, maupun lingkungan di suatu negara. Secara nasional Angka Kematian Bayi (AKB) telah menurun dari 24 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup (SDKI, 2017) menjadi 16,85 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup (Long

Form Sensus Penduduk, 2020). Hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan, namun belum mencapai target di tahun 2025 yaitu 12,62% kematian per 1.000 Kelahiran Hidup. Hingga bulan Juni Tahun 2025, belum terdapat perkembangan data terbaru mengenai Angka Kematian Bayi, sehingga masih menggunakan data Survei terakhir yaitu Sensus Penduduk 2020. Angka kematian bayi merupakan salah satu indikator yang bersifat negatif, sehingga semakin rendah angka maka semakin baik capaian dari indikator tersebut

Berdasarkan data *Maternal Perinatal Death Notification* (MPDN) Publikasi Tahun 2024, tiga penyebab teratas kematian bayi adalah kelainan pernapasan dan jantung (32,7%), BBLR dan prematur (22,5%), dan Infeksi (10,8%) dengan tempat/lokasi kematian tertingginya adalah di Rumah Sakit.

Grafik 60 Baseline, Capaian, dan Target Angka Kematian Bayi



Berdasarkan grafik tren di atas, capaian Semester 1 Tahun 2025 masih sama dengan baseline di tahun 2024 yaitu menggunakan data Sensus Penduduk Tahun 2020. Target dari Tahun 2025 – 2029 terus menurun, sehingga diperlukan kerjasama baik dalam lintas program di Kementerian Kesehatan maupun lintas sektor pusat dan daerah guna pencapaian target yang on track.

Dalam rangka percepatan penurunan angka kematian bayi upaya yang telah dilakukan adalah sebagai berikut:

- Peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan, seperti peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan metode blended learning, Manajemen bayi berat lahir rendah (BBLR) dan pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
- Pendampingan RSUD oleh RS Rujukan dan Organisasi Profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal.
- Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB.
- Pelaksanaan kelas ibu baik secara daring maupun luring.
- Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK).
- Peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan melalui orientasi/sosialisasi terkait pencatatan dan pelaporan kepada pengelola program dan pendampingan

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

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

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

- a. Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
- b. Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
- c. Dukungan APBN kepada Daerah untuk kegiatan terkait untuk percepatan penurunan angka kematian bayi
- d. Tersedianya sistem informasi pencatatan dan pelaporan angka kematian bayi.

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

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

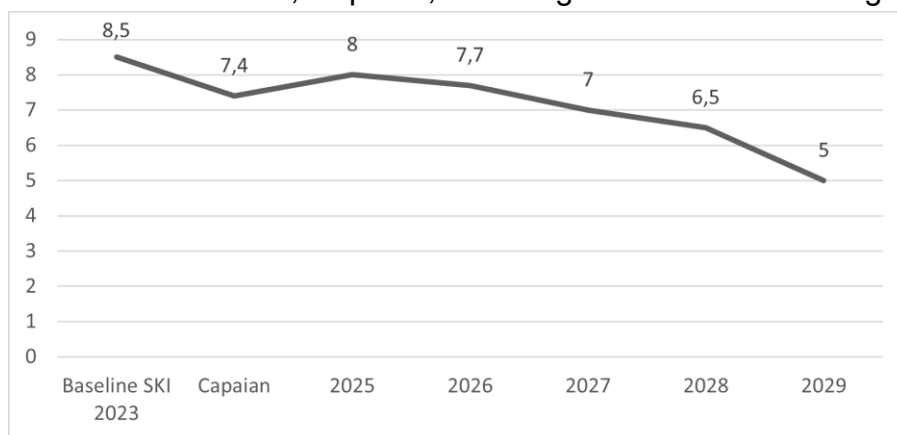
6. Prevalensi wasting (Gizi Kurang dan Gizi Buruk) pada balita

Secara nasional prevalensi wasting mengalami penurunan pada tahun 2024 yaitu di angka 7,4% (SSGI, 2024) dari 8,5% pada tahun 2023 (Survei Kesehatan Indonesia, 2023). Menindaklanjuti hasil yang ada, telah ditetapkan 12 provinsi yang prioritas dalam percepatan penurunan stunting yang terdiri dari 7 (tujuh) provinsi yang memiliki prevalensi stunting tertinggi (Nusa Tenggara Timur, Sumatera Barat, Aceh, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tenggara) dan 5 (lima) provinsi dengan jumlah kasus terbesar (Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sumatera Utara, Banten). 5 Gerakan cegah stunting yang telah dilakukan antar Kementerian dan Lembaga dalam Percepatan Penurunan Stunting diantaranya Aksi Bergizi, Bumil Sehat, Aktifkan Posyandu, Jambore Kader dan Cegah Stunting Itu Penting. Dimulai pada tahun 2023, Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) kepada Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang dalam rangka Percepatan Penurunan Stunting difokuskan pada pemberian PMT yang berbasis pangan lokal, sehingga tiap daerah dapat

menyesuaikan pembelian bahan pangan dengan kondisi daerah masing-masing.

Wasting adalah balita usia 0 sampai 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks berat badan menurut panjang badan (BB/PB) atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) memiliki Z-score kurang dari -2 SD pada suatu wilayah dan kurun waktu tertentu. Cara perhitungan Prevalensi Wasting adalah pembagian Jumlah balita usia 0 sampai 59 bulan dengan kategori status gizi kurang dan gizi buruk dengan Jumlah balita usia 0 sampai 59 bulan yang ditimbang BB dan diukur PB atau TB. Hingga saat ini data terkait prevalensi wasting masih mengacu kepada data Survei terakhir, yaitu SSGI Tahun 2024. Penggunaan data rutin sebagai monitoring tahunan hanya bisa menggambarkan persentase, bukan prevalensi.

Grafik 61 Baseline, Capaian, dan Target Prevalensi Wasting



Berdasarkan tren di atas, capaian melalui SSGI 2024 sebagai dasar capaian di tahun 2025 menunjukkan hal baik karena berada di bawah target 2025 yaitu 8%. Perlu diketahui, Prevalensi wasting merupakan indikator yang bersifat negatif sehingga semakin rendah angka maka semakin baik capaian dari indikator tersebut.

Beberapa faktor yang menghambat pencapaian target penurunan wasting sebagai berikut :

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

cenderung diproses

- Status kesehatan, akses yang tidak memadai ke pelayanan kesehatan, dan air dan sanitasi, terkait status gizi
- 2. Pemberian makan pada bayi dan anak dan asupan makanan ibu yang tidak adekuat serta praktik perawatan ibu dan pengasuhan anak yang suboptimal
- 3. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita masih belum optimal dalam aspek persiapan, pelaksanaan, dan pelaporan. Hal ini termasuk belum optimalnya kapasitas petugas serta sarana dan prasarana pendukung,

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

1. percepatan penurunan stunting dengan peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi;
2. peningkatan intervensi dengan didukung data yang kuat (evidence based policy) termasuk fortifikasi dan pemberian multiple micronutrient;
3. penguatan advokasi, komunikasi sosial dan perubahan perilaku hidup sehat terutama mendorong pemenuhan gizi seimbang berbasis konsumsi pangan (food based approach);
4. penguatan sistem surveilans gizi;
5. peningkatan komitmen dan pendampingan bagi daerah dalam intervensi perbaikan gizi dengan strategi sesuai kondisi setempat; dan respon cepat perbaikan gizi dalam kondisi darurat.
6. Dukungan anggaran di luar APBN seperti Hibah Investing in Nutrition & Early Years (INEY), serta dana Bantuan Operasional Kesehatan di Dinas Kesehatan dan Puskesmas

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

- Peningkatan pengetahuan terkait pemenuhan gizi masyarakat melalui pemanfaatan pangan lokal guna mendukung pemenuhan makanan tambahan bagi balita gizi kurang dan ibu hamil kurang energi kronis.
- Peningkatan kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM) dalam menyelenggarakan program dan intervensi gizi
- Peningkatan kualitas layanan, termasuk sarana dan prasarana, standar pelayanan, dan pelaksanaan evaluasinya
- Penguatan Edukasi serta Penguatan Manajemen Intervensi Gizi di Puskesmas dan Posyandu
- Pemantauan berkala dan berjenjang oleh pemerintah pusat, dinas kesehatan

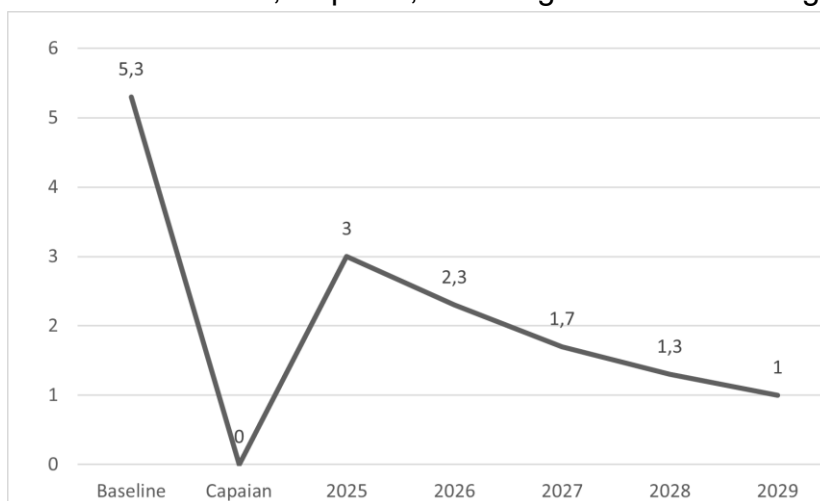
provinsi dan kabupaten/kota terhadap intervensi spesifik stunting

7. Insiden stunting balita (kasus baru)

Insiden Stunting Balita (kasus baru) adalah Rerata insiden stunting pada anak usia 0-59 bulan pada suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun. Insiden stunting per bulan adalah anak usia 0-59 bulan yang pada bulan sebelumnya tidak stunting menjadi stunting pada suatu wilayah dalam kurun waktu satu bulan per 100 balita-bulan.

Insiden Stunting Balita merupakan salah satu indikator baru dalam rancangan Renstra 2025 – 2029, sehingga pada saat ini belum didapatkan angka pada sistem Sigizi Kesga karena masih dalam proses sosialisasi pencatatan dan pelaporan kepada petugas kesehatan di tingkat Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, dan Puskesmas.

Grafik 62 Baseline, Capaian, dan Target Insiden Stunting



Berdasarkan tren di atas, masih belum terdapat capaian melalui Sigizi Terpadu dikarenakan sistem yang masih dalam pengembangan. Sebagai bagian dari monitoring data tahunan, terdapat hasil perhitungan Balita Stunting hingga bulan Maret 2025 yaitu 7,1%. Perlu diketahui, Insiden Stunting merupakan indikator yang bersifat negatif sehingga semakin rendah angka maka semakin baik capaian dari indikator tersebut. Diperlukan kerjasama baik dalam lintas program di Kementerian Kesehatan maupun lintas sektor pusat dan daerah guna mencapai Target-target tersebut.

Tantangan dan Hambatan Awal:

- Belum terintegrasinya indikator ke dalam sistem Sigizi Kesga secara nasional.
- Belum semua petugas puskesmas dan dinas kesehatan memahami definisi, rumus, dan cara pelaporan.
- Keterbatasan data pengukuran berkala balita (bulanan), terutama di daerah dengan partisipasi posyandu rendah.
- Kualitas dan konsistensi pencatatan panjang/tinggi badan balita yang masih bervariasi.

Upaya yang telah dan sedang dilakukan:

- Sosialisasi konsep indikator insiden stunting ke petugas di tingkat Puskesmas, Dinkes, dan RS.
- Pengembangan dan pembaruan sistem pelaporan
- Penguatan sistem pemantauan pertumbuhan bulanan di Posyandu, termasuk pelatihan kader dan petugas gizi.
- Advokasi dan koordinasi lintas program untuk integrasi data pertumbuhan anak.

Solusi atas hambatan dalam pencapaian indikator yaitu

- Percepatan integrasi indikator dalam aplikasi
- Pelatihan teknis petugas gizi dan kader mengenai deteksi dini dan pemantauan kasus baru
- Penguatan revitalisasi posyandu dan sistem pemantauan pertumbuhan

8. Persentase bayi usia 6 bulan mendapat ASI eksklusif

Air Susu Ibu adalah makanan terbaik untuk anak dalam 6 bulan pertama kehidupannya karena mengandung zat gizi lengkap yang dibutuhkan oleh seorang bayi dan sangat mudah dicerna oleh perut bayi yang kecil dan sensitif. Hanya memberikan ASI saja sudah sangat cukup untuk memenuhi kebutuhan zat gizi bayi di bawah usia enam bulan. Pemberian ASI Eksklusif pada bayi usia < 6 bulan dapat mengurangi risiko untuk mengalami masalah gizi termasuk stunting (Lancet, 2013). Berbagai studi juga menyatakan anak yang mendapatkan ASI Eksklusif cenderung memiliki kemampuan kognitif yang lebih baik dan berisiko lebih rendah untuk mengalami overweight/obesitas dan penyakit tidak menular pada saat dewasa. Selain itu, pemberian ASI Eksklusif juga memberikan manfaat untuk Ibu, karena mengurangi risiko kanker payudara dan rahim.

Definisi operasional Persentase Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif yaitu bayi usia 0 bulan sampai 5 bulan 29 hari yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral berdasarkan recall 24 jam ada minimal 80% sasaran bayi usia 0-5 bulan dan konfirmasi akhir bayi tidak mendapat makanan atau cairan lain selain ASI, obat, vitamin, dan mineral. Persentase bayi usia kurang 6 bulan dihitung berdasarkan jumlah bayi usia 0-5 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif berdasarkan recall 24 jam dibagi jumlah bayi usia 0-5 bulan yang di-recall 24 jam dikali 100%.

Berdasarkan data rutin dari Sigizi Kesga, Tahun 2025 Triwulan 1 Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif telah mencapai 88% dari target 73% sehingga capaian kinerja indikator tersebut adalah 120,5%.

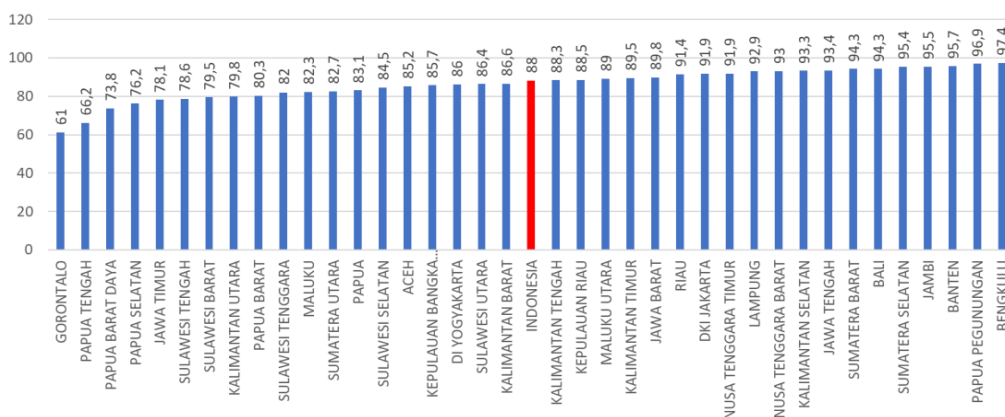
Grafik 63 Capaian Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif Tahun 2025 Triwulan I



Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

Secara nasional, indikator persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif telah mencapai target 73%. Namun demikian, 2 provinsi. 2 Provinsi terendah yang mencapai target yaitu Provinsi Gorontalo dan Papua Tengah.

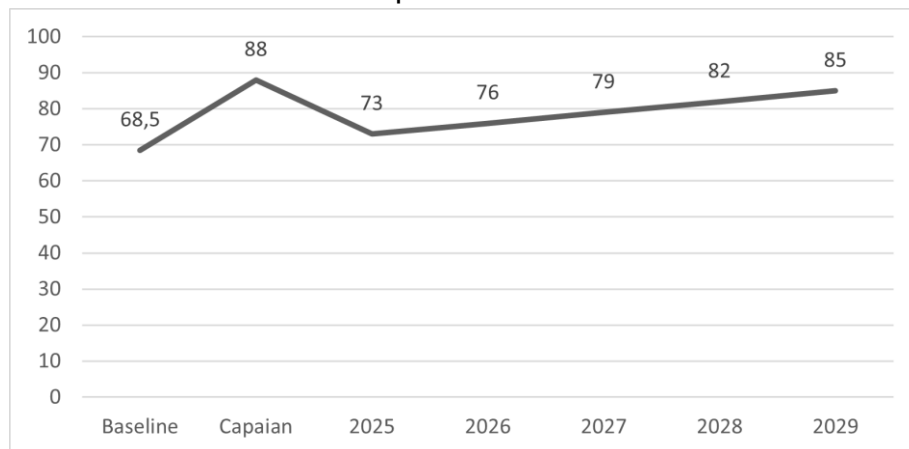
Grafik 64 Capaian Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif per Provinsi Tahun 2025 Semester I



Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

Capaian Indikator Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif sejak tahun 2022 sampai dengan semester 1 tahun 2025 dapat melampaui target dan menunjukkan tren kenaikan.

Grafik 65 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif



Berdasarkan grafik di atas, capaian Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif sudah on track dengan rancangan Renstra 2025 – 2029. Namun demikian, kerjasama dalam lintas program di Kementerian Kesehatan dan lintas sektor pusat dan daerah tetap perlu ditingkatkan guna mencapai Target-target tersebut.

Kegiatan yang dilakukan untuk mendukung pencapaian kinerja indikator Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif adalah:

- Penyusunan RPKM ASI
- Pelaksanaan Telekonseling Menyusui
- Penyusunan MOOC pelatihan PMBA dan konseling menyusui
- Serta kegiatan yang bersumber dana Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas yang berhubungan langsung ke Masyarakat

Faktor yang mendukung pencapaian kinerja indikator antara lain:

- Regulasi dan kebijakan yang mendukung pemberian ASI Eksklusif
- Sosialisasi dan kampanye yang dilakukan secara regular setiap tahun melalui Pekan Menyusui Dunia kepada seluruh lintas program dan lintas sektor, akademisi, lembaga swadaya masyarakat, penggiat ASI dan masyarakat umum.
- Dukungan dari lintas program dan lintas sektor dalam percepatan peningkatan cakupan ASI Eksklusif. Saat ini sudah banyak ditemui tempat- tempat khusus menyusui/memerah ASI di tempat-tempat umum seperti bandara, pelabuhan, rumah sakit, pusat perbelanjaan, perkantoran pemerintah dan swasta serta pabrik.
- Pencatatan dan pelaporan terkait ASI Eksklusif sudah cukup baik. Catatan tentang pemberian ASI Eksklusif dapat dilakukan pada KMS yang terdapat pada buku KIA, selain itu petugas kesehatan juga telah mencatat cakupan ASI eksklusif melalui aplikasi ePPGBM.
- Dukungan dana melalui DAK Non Fisik.

9. Persentase anak usia 6 - 23 bulan mendapat MPASI

MPASI adalah Makanan Pendamping Air Susu Ibu, yang diberikan kepada bayi mulai usia 6 bulan sebagai tambahan nutrisi yang tidak lagi bisa dipenuhi oleh ASI saja. MPASI penting untuk memenuhi kebutuhan energi dan gizi bayi yang sedang bertumbuh, serta melatih bayi untuk menerima berbagai jenis makanan dan tekstur. Anak usia 6-23 bulan yang mengonsumsi makanan dan minuman setidaknya 5 dari 8 jenis kelompok makanan pada hari kemarin sebelum wawancara.

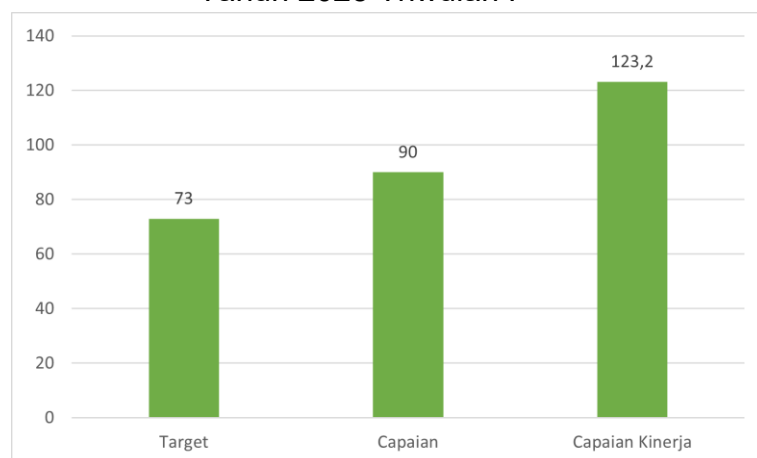
Yang dimaksud 8 jenis kelompok makanan adalah sebagai berikut:

- ASI,
- Makanan pokok,
- Kacang-kacangan,
- Produk susu hewani,
- Daging-dagingan,
- Telur,
- Buah dan sayuran kaya vitamin a,
- Buah dan sayuran lainnya.

Cara perhitungan Indikator Persentase Anak Usia 6-23 Bulan Mendapat MPASI adalah dengan membagi Jumlah bayi usia 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif dibagi Jumlah sasaran bayi 6 bulan.

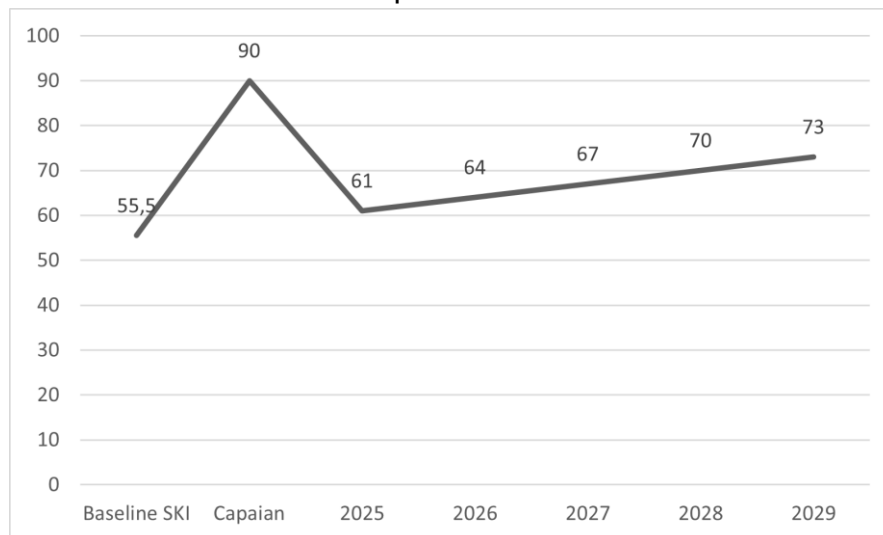
Capaian Persentase Anak Usia 6-23 Bulan Mendapat MPASI yaitu sebesar 90%, jauh melampaui target di Tahun 2025 yaitu 73%. Sehingga dapat dikatakan capaian kinerja indikator sebesar 123,2%.

Grafik 66 Capaian Persentase Anak Usia 6-23 Bulan Mendapat MPASI Tahun 2025 Triwulan I



Sumber data: Sigizi Kesga

Grafik 67 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Anak Usia 6-23 Bulan Mendapat MPASI



Berdasarkan grafik di atas, capaian Persentase Anak Usia 6-23 Bulan Mendapat MPASI sudah on track dengan rancangan Renstra 2025 – 2029. Namun demikian, kerjasama dalam lintas program di Kementerian Kesehatan dan lintas sektor pusat dan daerah tetap perlu ditingkatkan guna mencapai Target-target tersebut.

Upaya-upaya yang telah dan masih dilakukan dalam mendukung indikator Prevalensi Wasting yaitu sebagai berikut:

- Koordinasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan gizi ibu dan anak
- Penyusunan Pedoman Standar Mutu Gizi dan Pelayanan Gizi KIA
- Orientasi Tools Monitoring Data MP-ASI Kaya Protein Hewani
- Monitoring dan Evaluasi Standar Kecukupan Gizi dan Mutu Pelayanan

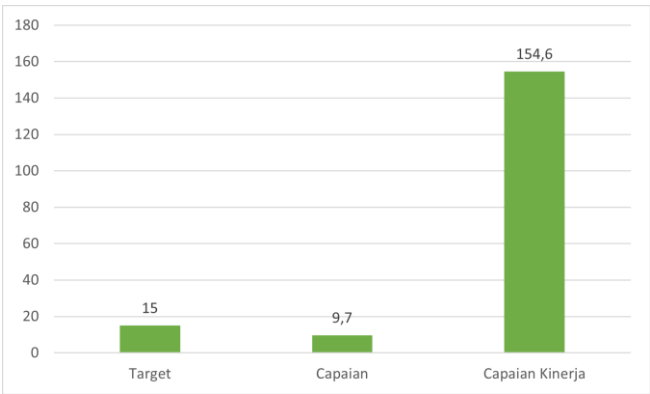
10. Persentase Ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK)

Masalah gizi pada ibu hamil berkaitan dengan erat kekurangan zat gizi, baik makro maupun mikro. Status kurang energi kronik (KEK) dapat terjadi bahkan sebelum masa kehamilan berlangsung. Masalah gizi tersebut menjadi salah satu parameter penilaian untuk mendeteksi masalah gizi yang ditandai oleh Indeks Massa Tubuh Pra hamil atau pada Trimester 1 dan Lingka Lengan Atas.

Persentase ibu hamil kurang energi kronik dengan definisi operasional persentase Ibu hamil yang mempunyai Indeks Massa Tubuh Pra hamil atau pada Trimester 1 (< 12 minggu) sebesar $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ dan atau Ibu hamil yang mempunyai ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja memiliki rumus perhitungan jumlah ibu hamil yang teridentifikasi KEK dan risiko KEK dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja dibagi jumlah ibu hamil yang diperiksa LILA dan atau diukur IMT dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja dan dikali 100%.

Dari hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2024, masalah Kurang Energi Kronik pada ibu hamil mengalami penurunan menjadi 16,9%. Meskipun demikian, target tahunan sebesar 10% masih belum tercapai. Jika capaian tersebut dibandingkan dengan ambang batas kesehatan masyarakat menurut WHO (WHO, 2010) untuk ibu hamil dengan risiko KEK maka Indonesia masih masuk pada negara yang memiliki masalah kesehatan masyarakat kategori sedang (5-9,9%). Capaian indikator Persentase ibu hamil kurang energi kronik Tahun 2025 Semester 1 sebesar 9,7%, sudah melampaui target yang ditetapkan yaitu 15%. Sehingga dapat dikatakan capaian kinerjanya sebesar 154,6%.

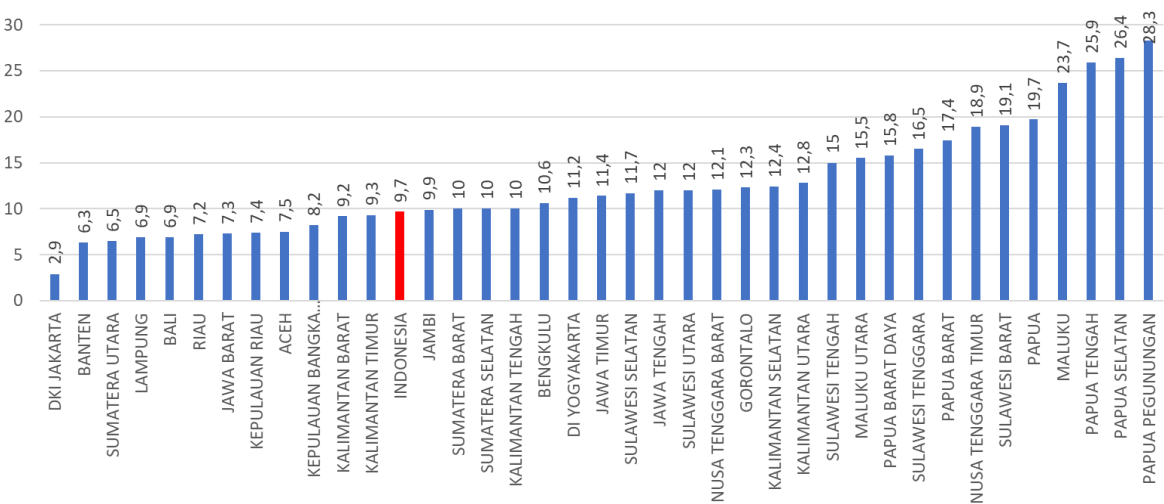
Grafik 68 Capaian Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK)
Tahun 2025 Semester I



Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

Dengan target tahun 2025 sebesar 10%, terdapat 27 provinsi yang masih melampaui cut off target tersebut, dengan gap antar provinsi dengan capaian tertinggi dan terendah yang sangat lebar yaitu 2,9% di DKI Jakarta sampai 28,3% di Papua Pegunungan.

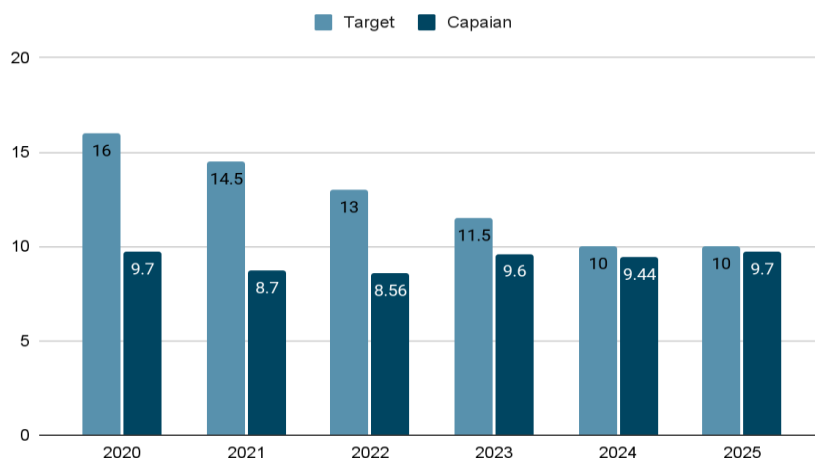
Grafik 69 Capaian Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) per Provinsi Tahun 2025 Semester I



Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

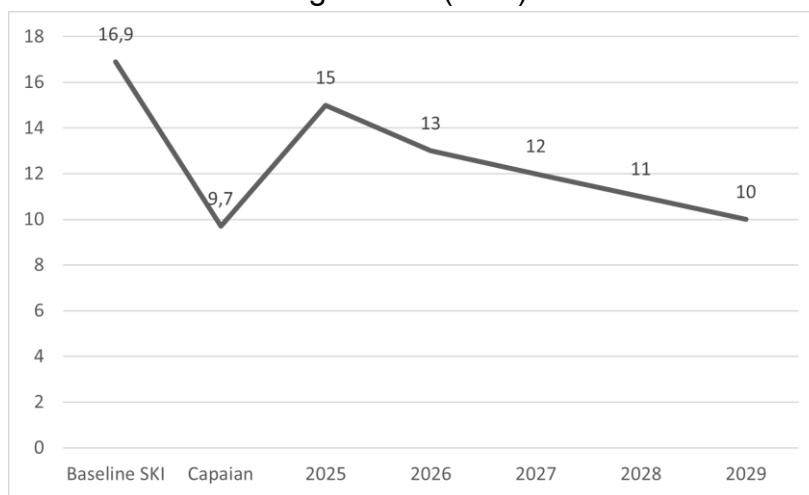
Capaian Indikator Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) sejak tahun 2020 mampu mencapai target, walaupun pada tahun 2023 menunjukkan kenaikan dan kembali menurun pada tahun 2024.

Grafik 70 Tren Perbandingan Target dan Cakupan Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) Tahun 2020- semester I Tahun 2025



Sumber: Sigizi Kesga per 24 Mei 2025

Grafik 71 Baseline, Capaian, dan Target Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK)



Berdasarkan grafik di atas, capaian Persentase Anak Usia 6-23 Bulan Mendapat MPASI sudah on track dengan rancangan Renstra 2025 – 2029. Perlu diketahui, Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) merupakan indikator yang bersifat negatif sehingga semakin rendah angka maka semakin baik capaian dari indikator tersebut. Kerjasama lintas program di Kementerian Kesehatan dan lintas sektor pusat dan daerah tetap perlu ditingkatkan guna mencapai Target-target tersebut.

Besarnya masalah kejadian kurang energi kronik pada ibu hamil sebagian

besar dipengaruhi oleh persiapan kehamilan dan status gizi pra hamil yang belum optimal. Oleh sebab itu, berbagai upaya diperlukan untuk mencegah terjadinya masalah gizi pada ibu hamil seperti:

- Peningkatan edukasi pra hamil pada calon pengantin dengan menggunakan fasilitas Kelas Ibu yang ada di setiap wilayah Puskesmas
- Skrining lingkaran lengan atas (LiLA) pada calon pengantin dan ibu hamil untuk mengetahui status KEK
- Pemberian makanan tambahan berbahan dasar pangan lokal untuk ibu hamil KEK dan risiko KEK sebagai bagian dari tatalaksana
- Kegiatan pendidikan gizi untuk meningkatkan asupan ibu hamil dan balita melalui pemberian pangan lokal
- Mendorong peningkatan pencapaian target dengan secara rutin melakukan monitoring dan evaluasi pencatatan dan pelaporan di aplikasi Sigizi Kesga
- Peningkatan kapasitas petugas dalam penyediaan makanan tambahan lokal ibu hamil sesuai dengan kebutuhan gizi
- Pemberian Suplementasi Gizi atau Multi Mineral Supplements (MMS) untuk ibu hamil

Faktor yang mendukung pencapaian kinerja dalam pencapaian kinerja indikator persentase ibu hamil kurang energi kronik antara lain:

- Salah satu prosedur pelayanan antenatal adalah penilaian status gizi melalui pengukuran Lingkaran Lengan Atas (LiLA).
- Kelas ibu hamil merupakan sarana untuk menyampaikan informasi terkait gizi ibu hamil, termasuk makanan bergizi untuk ibu hamil dan manfaat suplementasi gizi untuk ibu hamil.
- Penguatan implementasi surveilans gizi dan kesehatan keluarga melalui pencatatan hasil pelayanan kesehatan pada sasaran ibu hamil untuk deteksi dini melalui Sigizi Kesga, sehingga dapat segera ditindaklanjuti sesuai dengan permasalahannya.
- Penguatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dan integrasi program terutama untuk mengatasi penyebab langsung masalah gizi khususnya pada ibu hamil.
- Pendampingan implementasi gizi spesifik oleh perguruan tinggi
- Integrasi kegiatan dengan lintas program untuk meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan gizi pada ibu hamil termasuk ibu hamil pekerja:
- Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP) adalah upaya pemerintah, masyarakat maupun pengusaha untuk menggalang dan berperan serta, guna meningkatkan kepedulian dalam upaya memperbaiki kesehatan dan status gizi pekerja perempuan, sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan kualitas generasi penerus. Kegiatan utama GP2SP diantaranya adalah perusahaan menyediakan ruang ASI, mengadakan kelas ibu hamil, cek kesehatan secara berkala dan

memperhatikan gizi pekerja hamil dan menyusui di tempat kerja.

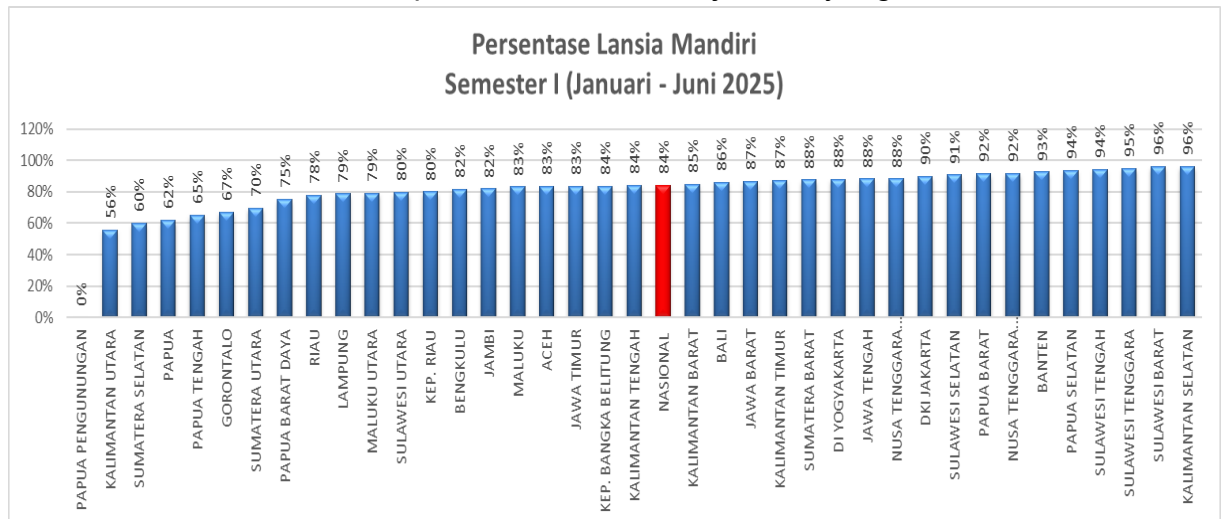
- Dukungan intervensi gizi sensitif seperti Program Keluarga Harapan, yaitu program bantuan tunai bersyarat dari Kementerian Sosial yang menysasar keluarga yang memiliki ibu hamil, balita dan anak sekolah. Program ini memasukkan indikator pemeriksaan kehamilan sebagai salah satu syarat bagi keluarga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

11. Persentase lanjut usia yang mandiri

Persentase lanjut usia yang mandiri merupakan indikator baru dalam RPJMN bidang Kesehatan tahun 2025-2029 yang masih perlu disosialisasikan definisi operasional dan penyesuaian pencatatan pelaporannya. Capaian lanjut usia mandiri dipengaruhi oleh berbagai kegiatan upaya promotif preventif yang telah dilaksanakan seperti edukasi kesehatan lanjut usia, kegiatan pemberdayaan lanjut usia, serta skrining kesehatan lanjut usia yang diharapkan dapat mendeteksi sedini mungkin penurunan kapasitas intrinsik untuk selanjutnya ditindaklanjuti, sehingga kemandirian lansia dapat terjaga.

Berdasar pelaporan data melalui aplikasi Komdat Kesmas cut off 07 Juli 2025 target 88,56% realisasi di semester I tahun 2025 sebesar 84%.

Grafik 72 Capaian Persentase lanjut usia yang mandiri



Faktor - faktor pendukung dalam pencapaian target

- Adanya berbagai kegiatan Edukasi kesehatan lanjut usia salah satunya melalui Webinar Kesehatan dalam rangka Hari Lanjut Usia yang dilaksanakan secara daring pada tanggal 27 Mei 2025
- Kegiatan Piloting Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia dalam Integrasi Layanan Primer yang saat ini sedang berjalan di 4 (empat) lokus yaitu Kota Padang Sumatera Barat, Kab Magetan Jawa Timur, Kota Banjarmasin Kalimantan

Selatan, dan Kab Soppeng Sulawesi Selatan. Salah satu penekanan piloting ini adalah tindak lanjut skrining dan kegiatan peningkatan kognitif dalam peer group lansia sebagai upaya menjaga kemandirian.

Faktor – faktor penghambat dalam pencapaian target

- Keterbatasan anggaran
- Tingginya tingkat rotasi pengelola program lansia di Puskesmas dan Dinas Kab/Kota
- Peningkatan kapasitas petugas terbatas melalui daring

Alternatif solusi atau rencana kedepan yang akan dilakukan untuk beberapa permasalahan yang masih ada yaitu:

- Memanfaatkan kerja sama lintas sektor (CSR, LSM, perguruan tinggi, organisasi lansia) untuk mendukung pembiayaan kegiatan peningkatan kemandirian.
- Mendorong pelibatan kader dan tokoh masyarakat sebagai agen perubahan yang tidak terpengaruh rotasi struktural.
- Menyusun kurikulum pelatihan praktis terkait pemantauan dan intervensi lansia mandiri

12. Persentase pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan kerja

Pekerja merupakan bagian dari masyarakat usia dewasa yang kesehariannya terikat oleh tempat dan jam kerja, hal ini menyebabkan komunitas pekerja memiliki keterbatasan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif. Untuk mewujudkan masyarakat Indonesia sehat, komunitas pekerja masuk ke dalam sasaran strategis program kesehatan yang tidak boleh terabaikan, mengingat jumlah pekerja mencapai setengah (51,24 %) dari jumlah penduduk Indonesia 281,60 juta berdasarkan data BPS tahun 2024 dimana menurut WHO usia kerja merupakan komunitas yang paling efektif dan efisien dalam melakukan pekerjaan dan aktivitas sehari-hari, selain itu pekerja merupakan aset penggerak roda perekonomian bangsa sehingga status kesehatan pekerja akan mempengaruhi daya saing bangsa. Pekerja perlu mendapatkan perlindungan kesehatan agar tetap sehat dan produktif dan terbebas dari gangguan kesehatan, serta pengaruh buruk yang didapatkan dari lingkungan kerja. Berdasarkan PP No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan disebutkan bahwa upaya kesehatan kerja dilakukan pada tempat kerja formal dan informal. Pengelompokan ini dilakukan karena adanya diferensiasi kedua jenis bentuk tempat kerja tersebut, sehingga membutuhkan intervensi yang berbeda. Pekerja formal bekerja dalam pengawasan manajemen tempat kerja, kondisi ini menjadi peluang pelaksanaan upaya kesehatan kerja yang efektif dan efisien dalam komando manajemen sehingga upaya kesehatan kerja menjadi bagian dari

sistem manajemen tempat kerja yang dilakukan secara terencana dan dipantau kesinambungannya.

a. Indikator dan Penjelasannya

Persentase tempat kerja formal meliputi perkantoran, Perusahaan dengan jumlah pekerja lebih dari 100 orang dan tempat kerja berisiko tinggi yang memiliki SDM pengelola kesehatan kerja/K3 dan melaksanakan upaya kesehatan kerja.

Penjelasan:

Tempat kerja adalah semua tempat atau area dimana pekerja melakukan aktifitas kerja baik di dalam maupun di luar ruangan, termasuk matra.

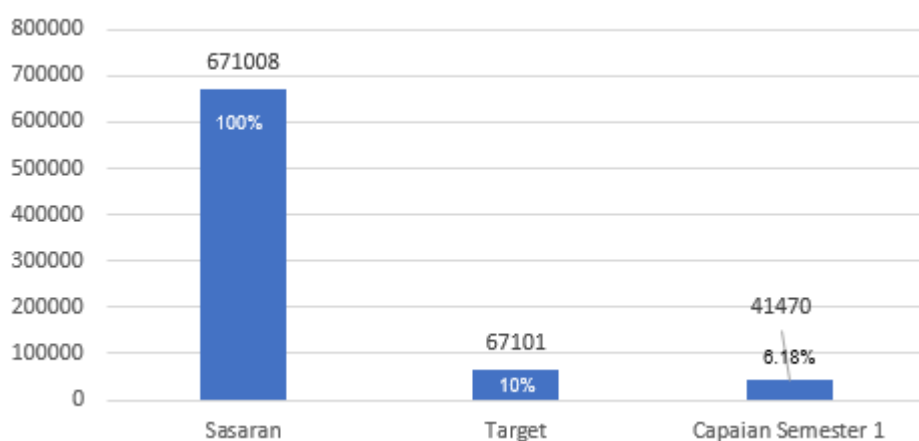
Tempat kerja formal adalah tempat kerja dimana hubungan kerja antara pemberi kerja dan pekerja diatur secara resmi oleh peraturan ketenagakerjaan, serta memiliki kontrak kerja, gaji tetap, dan jaminan sosial.

b. Rumus Perhitungan Indikator

Jumlah tempat kerja formal meliputi perkantoran, Perusahaan dengan jumlah pekerja lebih dari 100 orang dan tempat kerja berisiko tinggi yang memiliki SDM pengelola kesehatan kerja/K3 dan melaksanakan kegiatan kesehatan kerja dibagi dengan jumlah tempat kerja formal meliputi perkantoran, Perusahaan dengan jumlah pekerja lebih dari 100 orang dan tempat kerja berisiko tinggi di wilayah kerja dikali 100%

Capaian Indikator

Grafik 73 Persentase Tempat Kerja Formal Melaksanakan Kesehatan Kerja



Analisis Keberhasilan

Beberapa kegiatan yang sudah dilakukan terutama dalam dukungannya terhadap pencapaian target indikator diantaranya:

- Setiap provinsi memiliki kegiatan pembinaan kesehatan kerja untuk sasaran tempat kerja formal dalam bentuk antara lain: sosialisasi, koordinasi, pembinaan, evaluasi dan apresiasi kesehatan kerja
- Setiap Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan

Puskesmas memiliki pengelola program kesehatan kerja yang berkompeten

- Indikator kesehatan kerja menjadi salah satu indikator penilaian keberhasilan kepala daerah dibidang kesehatan, misalnya dalam indikator penghargaan Kabupaten/ Kota Sehat

Analisis Kegagalan

- Tidak ada pembinaan berkala Dinas Kesehatan dan Puskesmas ke tempat kerja formal
- Pengelola program kesehatan kerja belum percaya diri melakukan pembinaan ke tempat kerja formal
- Keterbatasan akses tempat kerja formal melaporkan pelaksanaan kesehatan kepada pemerintah bidang kesehatan, mengingat system pencatatan dan pelaporan masih dilakukan secara manual dan sifatnya sukarela dari tempat kerja.
- Unit kesehatan kerja di tempat kerja formal belum menjadi jejaring kesehatan untuk menyampaikan program kesehatan kerja serta melaporkan upaya kesehatan kerja
- Belum semua daerah memiliki anggaran belanja daerah untuk pelaksanaan program kesehatan kerja
- Belum semua kantor pemerintah memiliki pengelola atau tim atau instalasi khusus yang mengelola program kesehatan kerja
- Belum kuatnya regulasi kesehatan kerja mengingat tidak ada pengawasan dan punishment

Alternatif Solusi

- Memastikan indicator RPJMN kesehatan kerja menjadi acuan RPJMD dan pembiayaan perencanaan pembiayaan daerah untuk pembinaan kesehatan pada sasaran tempat kerja formal.
- Membentuk forum komunikasi kesehatan kerja di daerah yang melibatkan perwakilan tempat kerja dan pakar dibidang kesehatan kerja.
- Peningkatan kompetensi pengelola program kesehatan kerja
- Berkoordinasi dengan tim DTO untuk memasukkan identitas tempat kerja sebagai salah satu identitas yang harus ditanyakan saat menginput data individu.
- Memperkuat system pencatatan dan pelaporan program melalui microsite agar kedepannya dapat menyajikan data tempat kerja formal melaksanakan kesehatan kerja lebih komprehensif.
- Memasukkan ke dalam RPMK kewajiban pencatatan dan pelaporan kesehatan kerja berbasis tempat kerja atau melalui fasilitas pelayanan kesehatan di tempat kerja atau fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan tempat kerja sebagai salah satu syarat perijinan atau

akreditasi

- Memasukkan indikator kesehatan kerja ke dalam penilaian kepala daerah yang melaksanakan program kesehatan disamping mengupayakan indikator RPJMN Kesehatan Kerja di sinergikan masuk ke dalam perencanaan RPJMD.
- Melakukan advokasi Kementerian PAN RB dan BKN untuk mensosialisasikan pejabat fungsional Pembimbing Kesehatan Kerja
- Memasukkan indikator kesehatan kerja ke dalam perijinan usaha fasilitas pelayanan kesehatan/ klinik tempat kerja atau yang bekerjasama dengan tempat kerja

13.Persentase kab/kota dengan cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis >80%

Indikator ini merupakan turunan dari indikator cakupan Cakupan penerima Pemeriksaan Kesehatan Gratis. Kabupaten/Kota memiliki peran sangat penting dalam membina, memfasilitasi, dan memantau pelaksanaan pemeriksaan Kesehatan gratis di Puskesmas dan mitra. Sehingga diharapkan semua kabupaten/kota dapat memastikan >80% populasi target mendapat pemeriksaan Kesehatan gratis sebagai Upaya deteksi dini terhadap penyakit.

Definisi Operasional

Proporsi kabupaten/kota yang melakukan pemeriksaan kesehatan gratis pada >80% populasi target

Penghitungan

Jumlah kabupaten/kota dengan capaian pelaksanaan pemeriksaan kesehatan gratis pada >80% populasi target, dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota, dikali 100%

Tabel 13 Target dan Capaian Indikator Cakupan penerima Pemeriksaan Kesehatan Gratis

No	Indikator	2024		2025		2026
		Target	Capaian	Target	Capaian	Target
1	Cakupan penerima Pemeriksaan Kesehatan Gratis	-	-	40	0	60

Analisis belum tercapainya target indikator adalah:

- Keterbatasan persediaan BMHP untuk pemeriksaan PKG.
- Belum optimalnya pelaporan PKG oleh Puskesmas.
- Belum semua Puskesmas memiliki sumber daya memadai untuk melaksanakan PKG.
- Belum semua Masyarakat terinformasi mengenai proram PKG.

Kegiatan yg sudah dilakukan terkait hambatan yang dihadapi dalam capaian indikator:

- Melakukan koordinasi lintas program dan daerah untuk peneydiaan BMHP.
- Melakukan pemantauan data cakupan PKG melalui aplikasi ASIK setiap hari.
- Memberikan feedback capaian kepada daerah dan lintas program pembina wilayah di kemenkes secara berkala.
- Melakukan kemitraan pelaksanaan PKG komunitas dengan swasta.
- Melakukan penyebarluasan informasi melalui KIE diberbagai media.
- Melakukan pembinaan pada Dinas Kesehatan/Puskesmas yang membutuhkan percepatan pelaksanaan secara luring maupun daring.

14. Persentase Penduduk yang Menerapkan Perilaku Hidup Sehat

Menerapkan perilaku hidup sehat merupakan kunci utama bagi masyarakat Indonesia dalam mencapai Indonesia Emas 2045. Pemerintah perlu meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya menjaga kesehatan. beberapa perilaku sehat yang dapat dilakukan masyarakat antara lain; pola makan bergizi, olahraga teratur, istirahat yang cukup, hingga pengelolaan stres, tidak merokok, melakukan cek kesehatan dan lain-lain, dengan menerapkan perilaku sehat diharapkan masyarakat Indonesia dapat menciptakan generasi yang lebih sehat, produktif, dan berdaya saing. Hal ini akan menjadi modal penting dalam mewujudkan visi Indonesia Emas 2045, yaitu Indonesia yang maju, adil, dan sejahtera.

Indikator dan Penjelasannya

Persentase penduduk yang menerapkan perilaku hidup sehat meliputi: aktivitas fisik, cuci tangan dengan benar, konsumsi buah dan/atau sayur, tidak merokok, cek tekanan darah minimal 1 kali dalam 1 tahun, dan cek gula darah minimal 1 kali dalam 1 tahun

Penjelasan :

Penduduk yang menerapkan perilaku hidup sehat adalah penduduk diatas 10 tahun ke atas yang melakukan perilaku hidup sehat meliputi :

- aktivitas fisik :
- cuci tangan dengan benar :
- konsumsi buah dan/atau sayur:
- tidak merokok :
- cek tekanan darah
- cek gula darah

Cara perhitungan:

(Jumlah responden masyarakat yang menerapkan perilaku hidup sehat sesuai DO/ jumlah total responden) x 100%

Capaian Indikator

Grafik 74 Target dan Capaian Persentase Penduduk yang Menerapkan Perilaku Hidup Sehat Tahun 2025



Analisis Keberhasilan

Pengukuran capaian ini memerlukan sistem yang terstandar mengadopsi instrumen dari SKI 2023 mengingat baseline indikator ini dari SKI 2023. Sistem pengukuran masih dalam pembahasan sehingga belum dapat dibandingkan antara target dan capaian.

Analisis Kegagalan

Salah satu isu kendala yang dihadapi adalah standarisasi sistem pengukuran dengan indeks baru. Selain itu terdapat kekosongan kebijakan yang mewajibkan seluruh wilayah melakukan pengukuran sehingga tidak terstandar dan hanya 193 kab/kota yang melakukan pengukuran namun dengan variabel yang berbeda-beda. Selain itu keterbatasan anggaran menjadi faktor belum terselesaikannya pedoman pengukuran perilaku hidup sehat.

Upaya Solusi dari hambatan yang ada yaitu :

Untuk pengumpulan data perilaku secara rutin dan berkesinambungan maka akan disusun pedoman pelaksanaan dan dilanjutkan dengan pelatihan pengumpul dan pengolah data bagi tenaga di provinsi dan kab/kota di seluruh Indonesia. Solusi untuk anggaran adalah mengajukan pembiayaan ke mitra Kementerian Kesehatan.

15. Persentase kabupaten/kota yanggerakkan masyarakat melakukan aktivitas fisik sesuai standar

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang melibatkan otot rangka dan membutuhkan energi. Aktivitas fisik yang sesuai standar adalah aktivitas yang

dilakukan secara teratur dengan durasi dan intensitas yang tepat untuk memberikan manfaat kesehatan yang optimal. sedangkan menurut WHO Aktivitas fisik sesuai standar adalah melakukan gerakan tubuh yang melibatkan otot dan membutuhkan energi, dengan tujuan menjaga kesehatan dan kebugaran tubuh, serta mencegah berbagai penyakit. Standar aktivitas fisik yang direkomendasikan adalah minimal 150 menit per minggu dengan intensitas sedang atau 75 menit per minggu dengan intensitas tinggi, yang bisa dibagi menjadi beberapa sesi latihan per hari atau per minggu.

Indikator dan Penjelasan

Persentase Kabupaten/Kota yang menggerakkan masyarakat untuk melakukan aktivitas fisik sesuai standar adalah Kabupaten/kota yang menyelenggarakan penggerakan masyarakat aktivitas fisik usia ≥ 10 tahun minimal 4 kali dalam satu tahun.

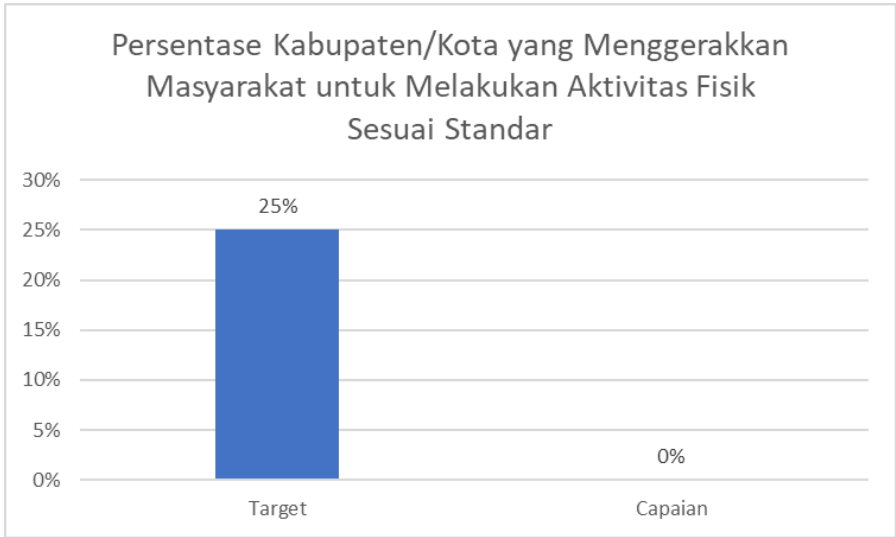
Yang dimaksud aktivitas fisik sesuai standar adalah aktivitas fisik sedang – berat minimal 30 menit per hari atau ≥ 150 menit dalam 1 minggu.

Cara perhitungan:

Jumlah Kabupaten/Kota yang menggerakkan masyarakat melakukan aktivitas fisik sesuai standar dibagi jumlah seluruh Kab/kota $\times 100\%$.

Capaian Indikator sampai dengan Semester I tahun 2025 indikator Persentase Kabupaten/Kota yang menggerakkan masyarakat untuk melakukan aktivitas fisik sesuai standar belum mencapai target masih 0% dan target yang ditentukan sebesar 25%. adapun gambaran capaian indikator ini pada semester I adalah sebagai berikut :

Grafik 75 Grafik Persentase Kab/Kota yang menggerakkan masyarakat untuk melakukan aktivitas fisik sesuai standar semester I tahun 2025



Beberapa kegiatan yang sudah dilakukan terutama dalam dukungannya terhadap pencapaian target indikator dengan total anggaran yang ada di Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas sebesar Rp.400.000.000. Adapun rincian kegiatan yang mendukung capaian indikator Proporsi penduduk dengan aktivitas fisik cukup adalah sebagai berikut:

- Penyusunan Pedoman Aktivitas Fisik
- Fasilitasi dan Pembinaan Kebugaran Jasmani dan Aktivitas Fisik
- Workshop Kesehatan olahraga
- Pemeliharaan SIPGAR

Beberapa hambatan dalam pencapaian indikator yaitu

- seluruh anggaran kegiatan pendukung tersebut masih dalam revisi DIPA/RIK
- Belum tersedianya sistem pelaporan indikator

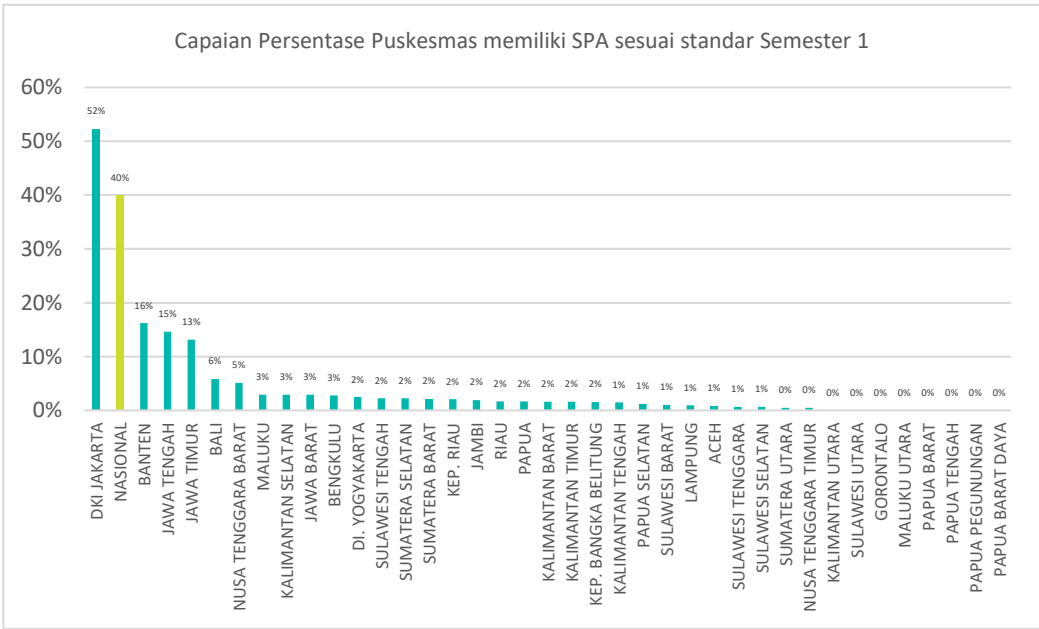
Analisis Solusi dari hambatan dalam pencapaian indikator yaitu

- melakukan percepatan proses revisi DIPA melalui sesditjen kesprimkom
- melakukan percepatan pengembangan modul sistem pelaporan indikator

16. Persentase Puskesmas yang memenuhi standar akses

Hasil Evaluasi Tahun 2025 semester 1, capaian kinerja Persentase Puskesmas memiliki SPA sesuai standar sebesar 4,39 persen dengan target capaian sebesar 40 persen. Adapun beberapa kegiatan di Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer yang mendukung dalam pencapaian indikator tersebut dengan adanya koordinasi usulan pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan di FKTP, penyusunan prototipe puskesmas, dan fasilitasi dan pembinaan sarana dan prasarana kesehatan primer.

Grafik 76 Grafik Capaian Kinerja Per Provinsi terkait Persentase Puskesmas memiliki SPA sesuai standar



Berdasarkan grafik di atas, capaian indikator Puskesmas memiliki SPA sesuai standar untuk masing-masing Provinsi yang belum mencapai target capaian ada 37 Provinsi diantaranya Banten, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, Maluku, Kalimantan Selatan, Jawa Barat, Bengkulu, DI Yogyakarta, Sulawesi Tengah, Sumatera Selatan, Sumatera Barat, Kep. Riau, Jambi, Riau, Papua, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Kep. Bangka Belitung, Kalimantan Tengah, Papua Selatan, Sulawesi Barat, Lampung, Aceh, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, Sumatera Utara, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Utara, Sulawesi Utara, Gorontalo, Maluku Utara, Papua Barat, Papua Tengah, Papua Pegunungan, dan Papua Barat Daya. 1 Provinsi sudah melebihi target diantaranya DKI Jakarta.

Permasalahan dan kendala yang di hadapi dalam pencapaian indikator ini adalah :

- Laporan SPA menggunakan ASPAK dan saat ini yang terjadi adalah puskesmas akan mengupdate ASPAK kondisi sangat bagus dan lengkap apabila Puskesmas mau melaksanakan Akreditasi.
- Perlu adanya kesepakatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Puskesmas agar untuk mengisi ASPAK sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
- Usulan SPA melalui DAK Fisik dan pada saat Verifikasi daerah tidak siap untuk data dukung yang dibutuhkan

Upaya solusi dari kendala yang dihadapi yaitu

- Sosialisasi ASPAK dari tingkat Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Dinas Kesehatan Provinsi.
- Workshop ASPAK untuk pengelola ASPAK di Tingkat Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Dinas Kesehatan Provinsi.
- Pendampingan sebelum tahap verifikasi dan Juga melakukan Pra desk sebelum proses verifikasi.

17. Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 2-5 yang dikembangkan sesuai standar berdasarkan stratanya

Pengembangan Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Lakesmas) dari tingkat 2-5 untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat melalui pemeriksaan laboratorium yang standar dan terstandarisasi, serta mendukung upaya pencegahan dan pengendalian penyakit di berbagai tingkat wilayah. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/1801/2024 tentang Standar Laboratorium Kesehatan Masyarakat, dimana standar yang dimaksud terdiri atas standar jenis pelayanan, standar sumber daya manusia, standar sarana dan prasarana, dan standar peralatan. Persentase laboratorium

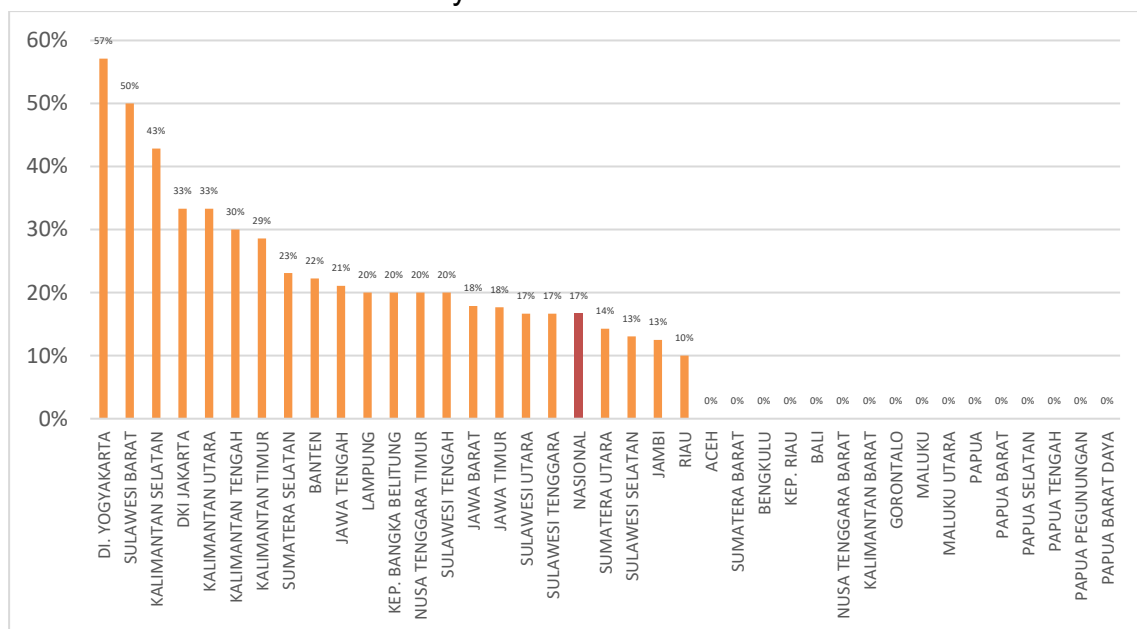
tingkat 2-5 yang telah memenuhi standar berdasarkan stratanya, dari aspek :

1. SDM Laboratorium ($\geq 60\%$);
2. Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan ($\geq 60\%$);
3. Fungsi labkesmas pelayanan yang dilaksanakan ($\geq 60\%$); dan
4. Standar layanan ($\geq 60\%$).

Cara perhitungan:

Jumlah laboratorium tingkat 2-5 yang dikembangkan sesuai standar ($\geq 60\%$) berdasarkan stratanya dibagi dengan jumlah laboratorium tingkat 2-5 di seluruh kabupaten/kota dan provinsi, dikali 100%

Grafik 77 Capaian Labkesmas tk. 2-5 sesuai standar berdasarkan stratanya Semester 1 Tahun 2025



Hasil evaluasi tahun 2025 semester I, capaian kinerja indikator persentase labkesmas tingkat 2 – 5 sesuai standar berdasarkan stratanya sebesar 16,67% dengan target capaian sebesar 30%. Adapun beberapa kegiatan di Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer yang mendukung dalam pencapaian indikator tersebut dengan adanya kegiatan Koordinasi usulan pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan labkesmas dan fasilitasi dan pembinaan sarana dan prasarana labkesmas.

Berdasarkan grafik di atas, capaian indikator persentase labkesmas tingkat 2 – 5 sesuai standar berdasarkan stratanya untuk masing-masing Provinsi yang sudah melebihi target capaian terdapat 6 provinsi diantaranya DI Yogyakarta, Sulawesi Barat, Kalimantan Selatan, DKI Jakarta, Kalimantan Utara, dan Kalimantan Tengah. Provinsi yang belum memenuhi target capaian terdapat 32 provinsi diantaranya Kalimantan Timur, Sumatera Selatan, Banten, Jawa Tengah, Lampung, Kep. Bangka Belitung, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tengah, Jawa

Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Sumatera Utara, Sulawesi Selatan, Jambi, Riau, Aceh, Sumatera Barat, Bengkulu, Kep. Riau, Bali, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Barat, Gorontalo, Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan, dan Papua Barat Daya.

Dalam pelaksanaan kegiatan ada beberapa faktor penghambat pencapaian kinerja indikator persentase labkesmas tingkat 2-5 yang dikembangkan sesuai standar berdasarkan stratanya diantaranya:

- a. Belum ada sosialisasi tata cara pengisian dan Validasi ASPAK terhadap pembaharuan standar SPA labkesmas.
- b. Proses persiapan Labkesmas tingkat 2-5 untuk Akreditasi Kemenkes sedang berlangsung dan perlu bimbingan teknis terkait pemahaman materi standar Akreditasi Kemenkes.
- c. Masih banyak Labkesmas tingkat 2-5 yang belum mengikuti Pemantapan Mutu Eksternal karena terkendala biaya.

Adapun faktor pendukung pencapaian kinerja indikator diantaranya:

- a. Adanya perbaikan standar acuan di ASPAK sesuai dengan standar sarana prasarana alat yang baru pada Keputusan Menteri Kesehatan No. 1801 tahun 2024.
- b. Sosialisasi standar acuan ASPAK Labkesmas yang baru.
- c. Pelaksanaan Friday Tutorial untuk labkesmas tingkat 2-5 (bergantian), untuk memberikan paparan materi dan berdiskusi terkait Akreditasi Kemenkes.
- d. Koordinasi dengan Global Fund dan InPULS untuk pendanaan PME bagi Labkesmas tingkat 2-5.

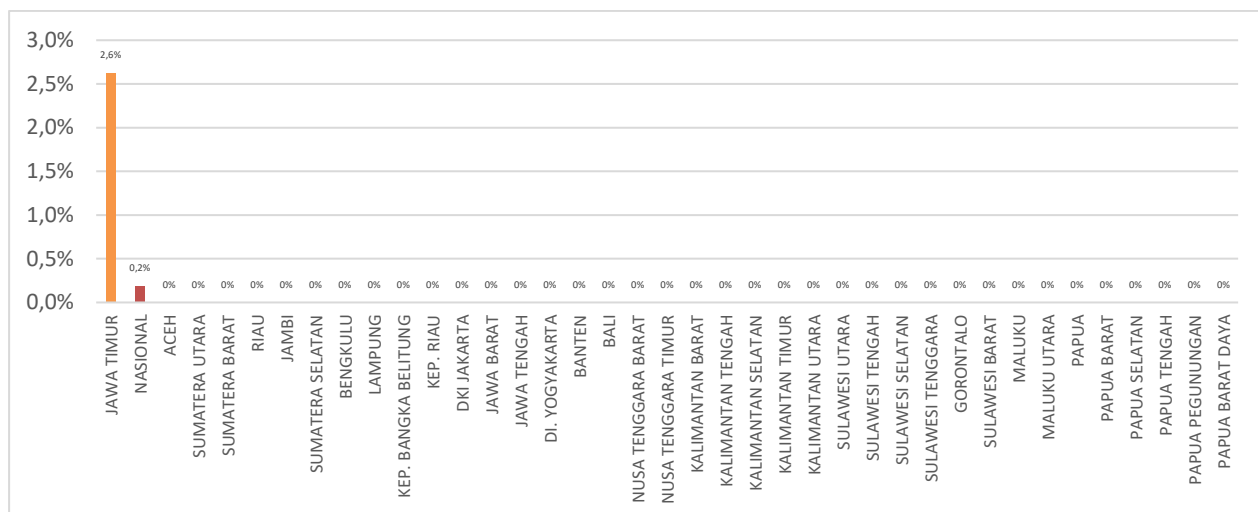
18. Persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 90 % Puskesmas sesuai standar SPA

Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat di Indonesia menjelaskan bahwa Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Selain itu, Puskesmas dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan menekankan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Adanya indikator ini memastikan Puskesmas memiliki fasilitas (sarana, prasarana, dan alat) yang memadai dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat paling sedikit 70%. Melalui upaya tersebut puskesmas diharapkan mampu memberikan pelayanan yang lebih baik dan bermutu untuk masyarakat melalui kesiapan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang memenuhi standar pelayanan, keamanan, keselamatan, dan kesehatan kerja. Definisi operasional dari indikator diatas yaitu Persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% Puskesmas dengan sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA) sesuai standar ($\geq 70\%$).

Cara perhitungan:

Jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki minimal 80% puskesmas dengan SPA sesuai standar ($\geq 70\%$) dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota, dikali 100%

Grafik 78 Capaian kab/kota yang memiliki minimal 80% Puskesmas sesuai standar SPA Semester 1 Tahun 2025



Hasil evaluasi tahun 2025 semester I, capaian kinerja indikator persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas sesuai standar SPA sebesar 0,19 dengan target capaian sebesar 40%. Adapun beberapa kegiatan di Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer yang mendukung dalam pencapaian indikator tersebut dengan adanya kegiatan koordinasi usulan pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan di FKTP dan fasilitasi dan pembinaan sarana dan prasarana kesehatan primer.

Berdasarkan grafik di atas, capaian indikator persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas sesuai standar SPA untuk masing-masing Provinsi belum ada yang memenuhi target capaian di 38 provinsi.

Dalam pelaksanaan kegiatan ada beberapa faktor penghambat pencapaian kinerja indikator persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas sesuai standar SPA diantaranya:

- Laporan SPA menggunakan ASPAK dan saat ini yang terjadi adalah puskesmas akan mengupdate ASPAK kondisi sangat bagus dan lengkap apabila Puskesmas mau melaksanakan Akreditasi.
- Perlu adanya kesepakatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Puskesmas agar untuk mengisi ASPAK sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
- Usulan SPA melalui DAK Fisik dan pada saat Verifikasi daerah tidak siap untuk data dukung yang dibutuhkan.

Adapun faktor pendukung pencapaian kinerja indikator diantaranya:

- Sosialisasi ASPAK dari tingkat Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota

dan Dinas Kesehatan Provinsi.

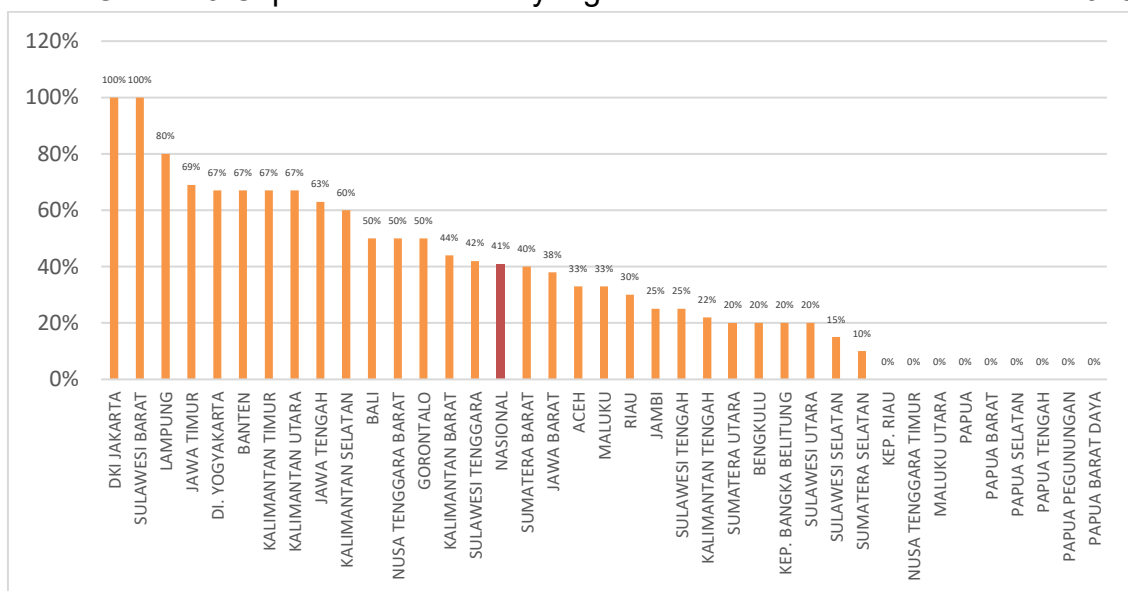
- b. Workshop ASPAK untuk pengelola ASPAK di Tingkat Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Dinas Kesehatan Provinsi.
- c. Pendampingan sebelum tahap verifikasi dan Juga melakukan Pra desk sebelum proses verifikasi.

19. Persentase labkesmas yang terakreditasi

Akreditasi Labkesmas merupakan pengakuan resmi oleh lembaga ditunjuk (biasanya Komite Akreditasi Nasional—KAN atau Kementerian Kesehatan) bahwa laboratorium kesehatan masyarakat telah memenuhi standar mutu dan kompetensi teknis. Standar yang umumnya dipakai adalah SNI ISO/IEC 17025:2017 untuk laboratorium pengujian dan kalibrasi dan SNI ISO 15189:2012/2022 untuk laboratorium medis. Prosesnya mencakup asesmen sistem manajemen mutu, kompetensi staf, peralatan, prosedur teknis, dan audit langsung di lapangan. Definisi operasional dari indikator diatas adalah Persentase labkesmas (Tingkat 2-5) yang memenuhi standar mutu akreditasi

Cara perhitungan yaitu Jumlah labkesmas terakreditasi/ jumlah labkesmas, dikali 100%.

Grafik 79 Capaian Labkesmas yang terakreditasi Semester 1 Tahun 2025



Hasil evaluasi tahun 2025 semester I, capaian kinerja indikator persentase labkesmas yang terakreditasi sebesar 41% dengan target capaian sebesar 9%. Adapun beberapa kegiatan di Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer yang mendukung dalam pencapaian indikator tersebut dengan adanya kegiatan penyusunan NSPK mutu labkes, pemantauan dan evaluasi manajemen mutu dan fasilitas labkesmas, dan fasilitasi dan pembinaan mutu labkesmas.

Berdasarkan grafik di atas, capaian indikator persentase labkesmas yang terakreditasi untuk masing-masing Provinsi yang sudah melebihi target capaian

terdapat 29 provinsi diantaranya DKI Jakarta, Sulawesi Barat, Lampung, Jawa Timur, DI Yogyakarta, Banten, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Jawa Tengah, Kalimantan Selatan, Bali, Nusa Tenggara Barat, Gorontalo, Kalimantan Barat, Sulawesi Tenggara, Sumatera Barat, Jawa Barat, Aceh, Maluku, Riau, Jambi, Sulawesi Tengah, Kalimantan Tengah, Sumatera Utara, Bengkulu, Kep. Bangka Belitung, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan, dan Sumatera Selatan. Provinsi yang belum memenuhi target capaian terdapat 9 provinsi diantaranya Kep. Riau, Nusa Tenggara Timur, Maluku Utara, Papua, Papua Barat, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan, dan Papua Barat Daya.

Dalam pelaksanaan kegiatan ada beberapa faktor penghambat pencapaian kinerja indikator persentase labkesmas yang terakreditasi diantaranya Labkesmas yang terakreditasi belum banyak yang lulus di tahun 2025.

Adapun faktor pendukung pencapaian kinerja indikator diantaranya melakukan pendampingan persiapan akreditasi kemenkes bagi labkesmas yang akan maju akreditasi tahun 2025 bersumber dana DAK NF tahun 2025 agar dapat lulus akreditasi.

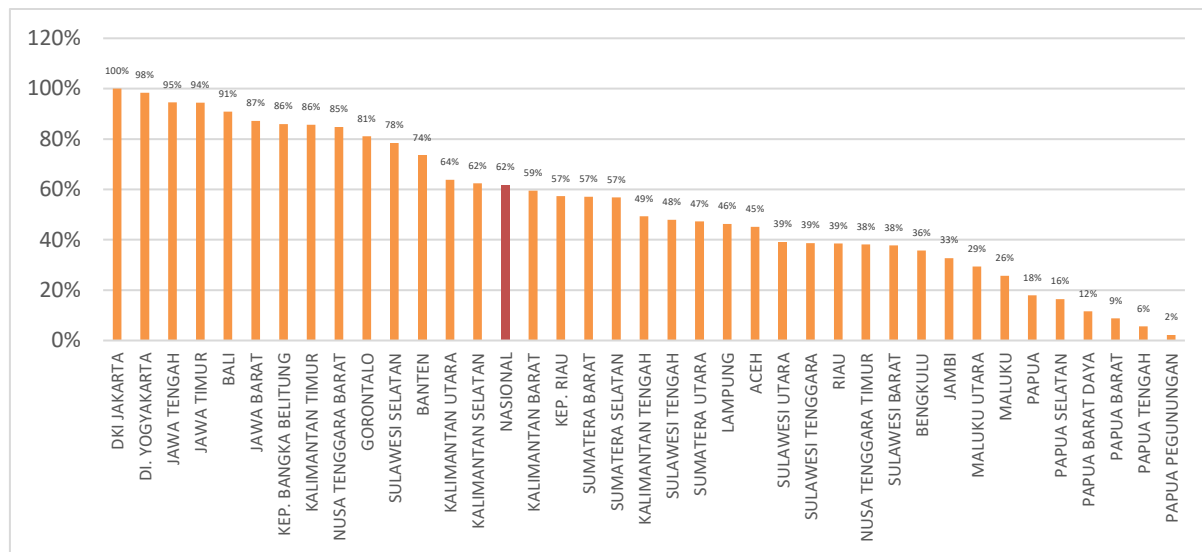
20. Persentase Puskesmas terakreditasi paripurna

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Akreditasi puskesmas adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi. Terdapat empat tingkatan akreditasi Puskesmas, yaitu dasar, madya, utama, dan paripurna. Akreditasi paripurna adalah predikat tertinggi yang diberikan kepada Puskesmas yang memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan. Pencapaian akreditasi paripurna merupakan upaya Puskesmas untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja secara berkelanjutan. Definisi operasional dari indikator tersebut adalah Persentase Puskesmas dengan status akreditasi paripurna.

Cara perhitungan:

Jumlah Puskesmas yang mendapatkan sertifikat akreditasi paripurna dan masih berlaku dalam kurun 2025-2029, dibagi total populasi Puskesmas yang telah teregistrasi, dikali 100%.

Grafik 80 Capaian puskesmas yang terakreditasi paripurna semester I Tahun 2025



Hasil evaluasi tahun 2025 semester I, capaian kinerja indikator persentase puskesmas yang terakreditasi paripurna sebesar 61,89% dengan target capaian sebesar 28%. Adapun beberapa kegiatan di Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer yang mendukung dalam pencapaian indikator tersebut dengan adanya kegiatan pelaksanaan penguatan manajemen mutu dan akreditasi puskesmas, sosialisasi dan diseminasi penyelenggaraan manajemen mutu dan akreditasi puskesmas, penyusunan NSPK mutu puskesmas dan UPKD/K, pemantauan dan evaluasi manajemen mutu dan akreditasi puskesmas dan UPKD/K, dan fasilitasi dan pembinaan budaya mutu dan akreditasi puskesmas dan UPKD/K.

Berdasarkan grafik di atas, capaian indikator persentase labkesmas yang terakreditasi untuk masing-masing Provinsi yang sudah melebihi target capaian terdapat 32 provinsi diantaranya DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Jawa Barat, Kep. Bangka Belitung, Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Barat, Gorontalo, Sulawesi Selatan, Banten, Kalimantan Utara, Kalimantan Selatan, Kalimantan Barat, Kep. Riau, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tengah, Sumatera Utara, Lampung, Aceh, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Riau, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Barat, Bengkulu, Jambi, Maluku Utara, dan Maluku. Provinsi yang belum memenuhi target capaian terdapat 6 provinsi diantaranya Papua, Papua Selatan, Papua Barat Daya, Papua Barat, Papua Tengah, dan Papua Pegunungan.

Dalam pelaksanaan kegiatan ada beberapa faktor penghambat pencapaian kinerja indikator persentase puskesmas terakreditasi paripurna diantaranya:

- Terdapat Puskesmas yang belum terakreditasi pada kondisi khusus (sulit akses, tidak tersedia biaya, rawan konflik/masalah keamanan)

- b. Dalam rangka penyesuaian dengan integrasi pelayanan kesehatan primer maka instrumen akreditasi akan direvisi dan jumlah Puskesmas terakreditasi paripurna dipertimbangkan status penerapan ILPnya
- c. Masih ada Puskesmas yang belum bridging/pengiriman data ke SATU SEHAT setiap bulan, yang jika tetap belum mencapai target setelah diberikan peringatan 3 kali akan dilakukan penurunan hasil akreditasi

Adapun faktor pendukung pencapaian kinerja indikator diantaranya:

- d. Telah terdapat Juknis Akreditasi Puskesmas pada kondisi khusus dan perlu direncanakan anggaran serta teknis pelaksanaannya
- e. Adanya draft instrumen akreditasi yang disesuaikan dengan integrasi pelayanan kesehatan primer untuk dapat diterapkan saat pelaksanaan bimbingan re-akreditasi selanjutnya dan perencanaan perbaikan strategis (PPS) yang disusun oleh Puskesmas
- f. Adanya penyampaian kewajiban bridging dan pengiriman data ke SATU SEHAT dan review berkala setiap 3 bulan

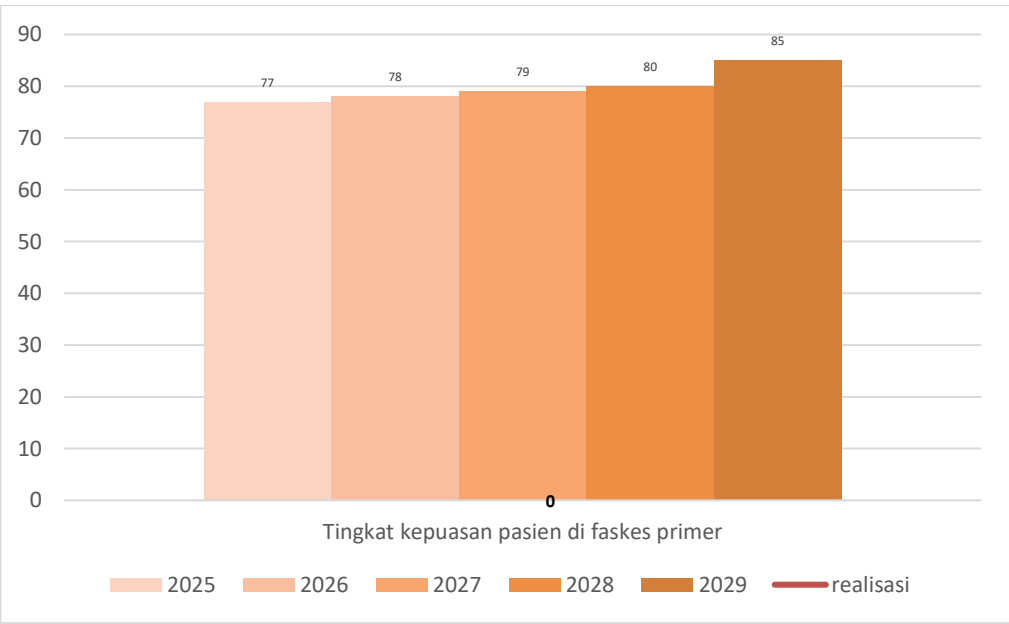
21. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan primer

Definisi operasional dari indikator diatas adalah Fasilitas pelayanan kesehatan primer (Puskesmas dan labkesmas) dengan hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan primer minimal baik (>76,61)

Cara perhitungan:

Jumlah Puskesmas dan labkesmas yang mencapai indeks kepuasan pasien baik (> 76,61), dibagi jumlah seluruh Puskesmas dan labkesmas, dikali 100%

Grafik 81 Perbandingan Capaian dan Target 5 Tahun (2025 - 2029)



Berdasarkan data diatas bahwa capaian indikator saat ini masih jauh dalam pencapaian target 2025 – 2029 karena data capaian masih belum tersedia.

Dalam pelaksanaan kegiatan ada beberapa faktor penghambat pencapaian kinerja yaitu ;

- a. Kualitas pelayanan tidak merata antar fasilitas
- b. Keterbatasan SDM dan kompetensi petugas
- c. Survei kepuasan tidak konsisten dan tidak standar

Upaya solusi atas hambatan dalam pencapaian indikator

- a. Melakukan standarisasi layanan melalui penerapan SOP dan akreditasi yang merata
- b. Lakukan pelatihan rutin terkait komunikasi efektif dan pelayanan prima bagi seluruh petugas.
- c. Menyusun instrumen survei yang terstandar

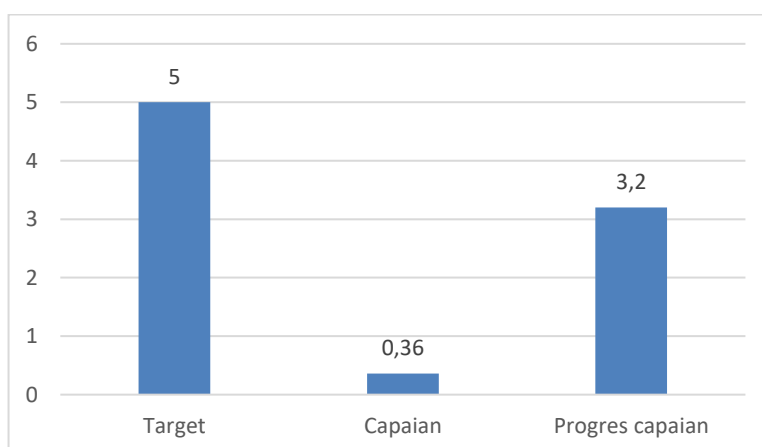
22. Persentase depresi yang mendapatkan layanan

Orang dengan depresi membutuhkan pengobatan/penanganan yang baik untuk mencegah terjadinya permasalahan sosial yang lebih tinggi diantaranya penyakit menjadi semakin parah, bunuh diri dan penggunaan zat-zat terlarang. Layanan dilakukan di FKTP sesuai standar yang tercantum dalam Panduan Praktik Klinis (konseling, tatalaksana hingga rujukan)

Definisi Operasional dari indikator diatas adalah Persentase penduduk usia ≥ 15 tahun dengan depresi yang mendapat layanan sesuai standar yang tercantum dalam Panduan Praktik Klinis (konseling, tata laksana hingga rujukan) di Puskesmas

Pada semester 2 tahun 2025, capaian indikator persentase depresi yang mendapatkan layanan masih cukup rendah yaitu sebesar 0,16%.

Grafik 82 Persentase depresi yang mendapatkan layanan semester I Tahun 2025



Hal-hal yang Mempengaruhi Pencapaian Target

- Merupakan indikator baru, belum semua petugas di daerah mengetahui dan

paham

- Perhitungan estimasi jumlah penduduk yang mengalami depresi berdasarkan SKI 2023
- Pelaksanaan deteksi dini melalui skrining kesehatan jiwa masih belum berjalan dengan baik
- Tindak lanjut dari hasil skrining belum berjalan optimal
- SDM terlatih tidak tersedia di fasyankes
- Obat tidak tersedia di fasyankes
- Sistem pencatatan dan pelaporan yang diisi oleh petugas fasyankes

Faktor - faktor pendukung dalam pencapaian target

- Adanya program PKG yang memasukkan pemeriksaan kesehatan jiwa dapat menskrining kemungkinan adanya gejala depresi
- Adanya program pelatihan Kesehatan Jiwa Terpadu maupun orientasi Orientasi Kesehatan Jiwa dan NAPZA bagi Tenaga Kesehatan di Puskesmas yang dapat diakses melalui platform Learning Management System

Faktor – faktor penghambat dalam pencapaian target

- Estimasi jumlah penduduk yang mengalami depresi yang cukup tinggi
- Penanggung Jawab program kesehatan jiwa belum paham definisi operasional dari indikator ini
- Pergantian penanggung jawab program
- Keterbatasan anggaran untuk pemenuhan obat kesehatan jiwa

Alternatif solusi atau rencana kedepan yang akan dilakukan untuk beberapa permasalahan yang masih ada

- Sosialisasi pentingnya skrining kesehatan jiwa
- Mendorong fasyankes untuk melakukan skrining kesehatan jiwa pada pelayanan rutin
- Melakukan tindak lanjut hasil skrining secara responsif
- Orientasi/Pelatihan SDM
- Penyediaan psikofarmaka
- Melakukan monev berkala

23. Jumlah orang yang menjadi first aider Pertolongan Pertama pada Luka Psikologis (P3LP)

Pertolongan pertama pada luka psikologis (P3LP) merupakan salah satu upaya promotif bidang kesehatan jiwa di masyarakat, yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi beberapa segmen khusus untuk menyesuaikan kebutuhan sasaran spesifik, diantaranya : Sekolah (kelompok 1: PAUD-TK-Sekolah Dasar kelas 1,2 dan 3, kelompok 2: Sekolah Dasar kelas 4,5 dan 6, kelompok 3: Sekolah

Menengah: Menengah Pertama dan Menengah Akhir serta sederajat), Perguruan Tinggi, Tempat Kerja dan Masyarakat. Konsep P3LP sendiri dapat dianalogikan Pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K) namun demikian fokus tatalaksananya memiliki perbedaan signifikan meski tetap berkorelasi yaitu penanganan dini agar stress negatif tidak menjadi luka yang berkelanjutan atau lebih berat.

Gambar 3 Setting pelaksanaan Orientasi P3LP diberbagai setting

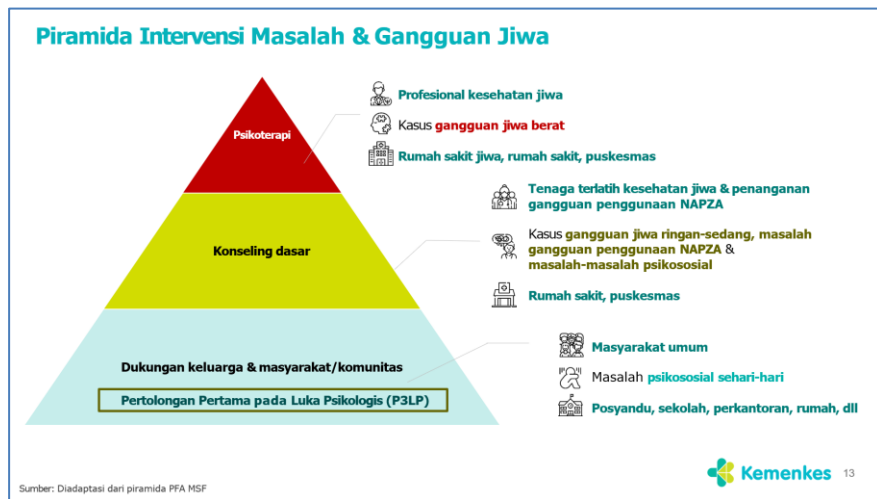


Orientasi P3LP bertujuan untuk membentuk *first aider/* penolong utama baik untuk dirinya sendiri maupun orang lain yang membutuhkan, diantaranya :

1. Orang yang terpapar stres tinggi dan berlebih karena baru saja mengalami kejadian mendadak/peristiwa krisis yang cukup serius.
2. Orang yang mendapat tekanan psikologis biasa namun merasa tidak berdaya & membutuhkan dukungan.
3. ODGJ yang merasa kondisinya sedang tidak baik-baik saja atau mulai menunjukkan gejala kekambuhan.

P3LP dapat diberikan oleh siapa saja yang bersedia untuk melakukan P3LP sesuai dengan kapasitas yang dimiliki. P3LP bukan merupakan jenis terapi psikologis sehingga dapat dilakukan oleh siapa saja dengan/tanpa pengalaman pelatihan di bidang kesehatan jiwa. Namun demikian untuk memberikan pengetahuan yang tersandar dilakukan orientasi dalam rangka membentuk first aider dengan kemampuan terstandar. Orientasi dilakukan dengan skema yang telah ditentukan dan disampaikan oleh profesional (Psikiater, psikolog klinis dan tenaga Kesehatan lain yang sudah terorientasi) baik dilakukan secara daring, luring maupun hybrid selama memenuhi syarat minimal pemberian materi dan nilai batas kelulusan.. Prinsip utama P3LP adalah kemampuan Melakukan 3M dengan benar: a. Memperhatikan, b. Mendengar dan c. Menghubungkan.

Gambar 4 Piramida Intervensi Masalah dan Gangguan Jiwa



Target indikator Jumlah orang yang menjadi *first aider* Pertolongan Pertama pada Luka Psikologis (P3LP) pada tahun 2025 sebesar 650.000 orang, hingga Agustus 2025 yang telah mendapatkan orientasi sebanyak 15.234 orang dari berbagai setting (belum termasuk jumlah sasaran yang belum diinput dalam simkeswa).

Hal-hal yang Mempengaruhi Pencapaian Target:

1. Ketersediaan SDM yang mampu/ yakin untuk dapat melakukan orientasi, terutama jika pengelola program tidak memiliki latarbelakang keilmuan terkait (dokter/ psikolog/perawat jiwa) sehingga kadang memerlukan pendampingan
2. Kegiatan orientasi khususnya di setting sekolah melibatkan lintas sektor sehingga memerlukan pendekatan khusus. Begitupula pada sektor terkait lainnya.
3. Tidak semua setting memiliki alokasi dana tertentu untuk dapat memfasilitasi pelaksanaan orientasi.

Faktor - faktor pendukung dalam pencapaian target:

1. Bahwa kegiatan dapat dilakukan oleh petugas puskesmas yang telah terorientasi dan untuk materi detail serta sertifikat diberikan jika peserta telah selesai mengerjakan MOOC dan dinyatakan lulus sesuai kriteria penilaian.
2. Bahwa terdapat sumberdaya organisasi profesi yang dapat mendampingi pelaksanaan kegiatan meski harus melalui orientasi terlebih dahulu sebelum diperbolehkan menjadi fasilitator.
3. Orientasi dapat diikuti dari berbagai platform yang sudah ditentukan

Faktor – faktor penghambat dalam pencapaian target

1. Belum semua Psikolog klinis, Dokter Umum, Perawat maupun tenaga kesehatan lain mendapatkan pembekalan orientasi yang sama sehingga

Puskesmas tidak memiliki pendamping yang cukup.

2. Simkeswa baru dapat diakses untuk penginputan data pada Juli 2025 sehingga masih banyak daerah yang baru mulai mengisi target capaian.
3. Pada setting sekolah baru dilakukan pada periode penerimaan siswa baru
4. Belum semua daerah mampu melakukan kegiatan secara mandiri.

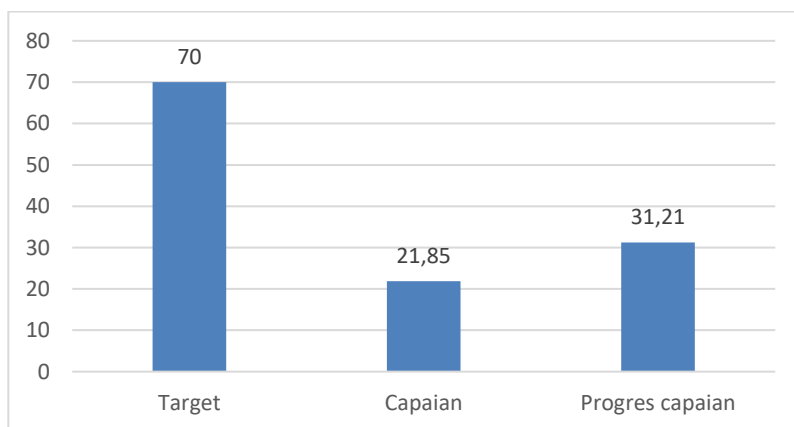
Alternatif solusi atau rencana kedepan yang akan dilakukan untuk beberapa permasalahan yang masih ada

1. Melakukan workshop bagi tenaga kesehatan spesifik guna mengisi gap penyedia pelayanan baik terkait pemberian edukasi dalam konteks orientasi atau penerima rujukan.
2. Melaksanakan MOOC guna memfasilitasi pelaksanaan orientasi bagi seluruh setting.
3. Melakukan orientasi berkala baik secara luring, daring dan hybrid.

24. Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan

Definisi Operasional dari indikator diatas adalah Persentase ODGJ berat (psikotik akut & skizofrenia) yang mendapatkan layanan sesuai standar yang tercantum dalam Panduan Praktik Klinis (konseling, tata laksana hingga rujukan) di Puskesmas. Capaian semester I tahun 2025 sebesar 21,85 dari target 70% dan kinerja 31,21

Grafik 83 Capaian Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan semester I



Hal-hal yang Mempengaruhi Pencapaian Target

- ODGJ berat yang mendapat layanan masuk di dalam indikator SPM bidang kesehatan
- Penambahan ketentuan penambahan layanan tatalaksana bagi ODGJ berat (sebelumnya hanya promotif dan preventif)
- Keterbatasan SDM yang memberikan layanan bagi ODGJ berat
- Keterbatasan obat kesehatan jiwa
- Perhitungan target sasaran

Faktor - faktor pendukung dalam pencapaian target

- ODGJ berat yang mendapat layanan masuk di dalam indikator SPM bidang kesehatan
- Pemantauan dan pelacakan minum obat ODGJ berat didukung oleh dana DAK NF sejak tahun 2022

Faktor – faktor penghambat dalam pencapaian target

- Keterbatasan SDM dalam memberikan layanan di fasilitas pelayanan kesehatan
- Ketersediaan psikofarmaka untuk ODGJ berat
- Program rujuk balik yang berjalan belum optimal
- Keterbatasan anggaran dalam pemenuhan obat kesehatan jiwa

Alternatif solusi atau rencana kedepan yang akan dilakukan untuk beberapa permasalahan yang masih ada

- Pemenuhan obat kesehatan jiwa terpusat
- Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan
- Monev berkala

25. Persentase Perempuan dan Anak Korban Kekerasan Mendapat Pelayanan Kesehatan

Kekerasan dapat terjadi pada perempuan di seluruh kelompok umur, termasuk anak dan remaja. Berdasarkan data dari WHO Violence Against Women Prevalence Estimate, 2021 menyebutkan 1 dari 3 perempuan pernah mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasang intim atau bukan pasangan. Pada usia remaja (15-19 tahun), 1 dari 4 perempuan usia remaja sudah pernah mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan intim atau bukan pasangan dan 1 dari 10 kasus kekerasan fisik dan/atau seksual terjadi dalam 12 bulan terakhir.

Sedangkan data dari Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (2024) dan Survei Nasional Pengalaman Hidup Anak dan Remaja (2024), 1 dari 5 perempuan di Indonesia pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dalam setahun terakhir. Pada perempuan usia 13-17 tahun, 8% perempuan pernah mengalami kekerasan seksual sepanjang hidupnya, dengan 3% terjadi dalam 12 bulan terakhir.

Definisi Operasional dari indikator diatas adalah Persentase perempuan dan anak korban kekerasan mengakses minimal salah satu layanan kesehatan seperti:

1. Deteksi dini kasus kekerasan;
2. Layanan medis;
3. Konseling; dan/atau
4. Layanan medikolegal

Berdasarkan data SIMFONI-PPA per tanggal 6 Agustus 2025 tercatat sebanyak 13.874 perempuan dan anak yang menjadi korban kekerasan dan baru 5.314 korban yang mendapat pelayanan Kesehatan atau sekitar 38,3%.

Hal-hal yang Mempengaruhi Pencapaian Target

Indikator Persentase Perempuan dan Anak Korban Kekerasan Mendapat Pelayanan Kesehatan merupakan indikator yang baru sehingga belum semua Puskesmas yang memahami definisi operasional indikator tersebut. Dan hingga semester 1 (satu) tahun 2025, APBN belum dapat digunakan sehingga kegiatan yang mendukung pencapaian target belum berjalan. Belum terkoneksi sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan korban KtPA di Puskesmas dengan UPTD PPA sehingga dapat terjadi pelayanan yang tidak tercatat.

Faktor - faktor pendukung dalam pencapaian target:

- Adanya regulasi yang menjadi dasar pelaksanaan kegiatan KtPA
- SDM di daerah yang ditingkatkan melalui pelatihan atau orientasi KtPA
- SOP/protokol pelayanan kesehatan pada korban KtPA yang terdapat pada fasilitas kesehatan
- Adanya pelatihan KtPA yang dapat diakomodir untuk seluruh puskesmas
- Koordinasi lintas sektor yang kuat sehingga tidak ada korban yang tidak dilayani

Faktor – faktor penghambat dalam pencapaian target

- Keterbatasan anggaran
- Belum semua tenaga kesehatan mengikuti pelatihan atau orientasi KtPA
- Adanya mutasi SDM yang telah dilatih yankes KtPA
- Tidak semua PJ KtPA di Puskesmas mengerti alur pelayanan korban KtPA
- Sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan korban KtPA yang belum terintegrasi antara SIMKESWA dan SIMFONI-PPA
- Kurangnya koordinasi antar jejaring dengan lintas sektor terutama UPTD PPA dalam memberikan pelayanan terhadap korban KtPA

Alternatif solusi atau rencana kedepan yang akan dilakukan untuk beberapa permasalahan yang masih ada

- Membuat grup komunikasi antar jejaring di tingkat Kab/Kota sehingga setiap korban yang mendapat pelayanan Kesehatan tercatat dengan baik
- Dukungan penganggaran melalui mitra strategis atau bekerja sama dengan organisasi untuk mendukung Puskesmas memberikan pelayanan bagi korban KtPA.

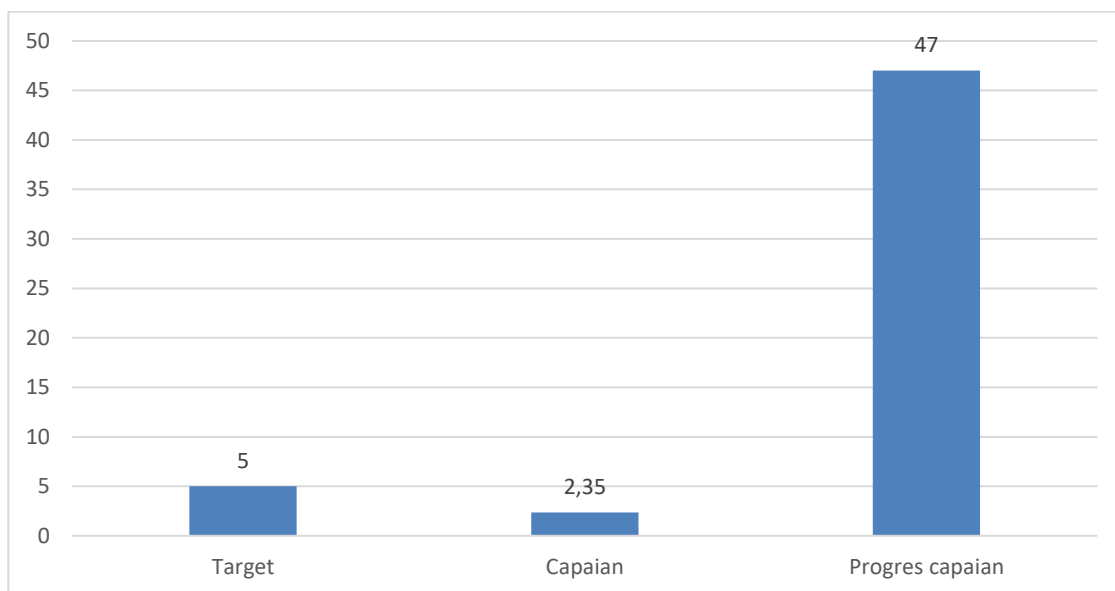
26. Persentase orang dengan gangguan penggunaan NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL

Definisi Operasional dari indikator diatas adalah Persentase penyalah guna NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis rawat jalan dan/ atau rawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) Institusi Penerima Wajib Lapori

(IPWL) yang dilaporkan melalui sistem elektronik pencatatan dan pelaporan rehabilitasi medis (SELARAS).

Capaian per semester I 2025 sebesar 2,35 dengan target 5% sehingga capaian kinerja sebesar 47%

Grafik 84 Persentase orang dengan gangguan penggunaan NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL Semester I 2025



Hal-hal yang Mempengaruhi Pencapaian Target

- Adanya koordinasi antar Kementerian Lembaga melalui Desk Rehabilitasi Narkoba dan komitmen dalam Upaya rehabilitasi bagi pecandu.
- Sosialisasi secara terus menerus dalam upaya rehabilitasi bagi pecandu dan dukungan terhadap kemampuan SDM di layanan dengan meningkatkan kompetensi melalui pelatihan baik luring maupun daring dalam plataran sehat
- Adanya monitoring dan evaluasi secara berkala dengan institusi di layanan IPWL

Faktor - faktor pendukung dalam pencapaian target

- Sosialisasi IPWL setiap semester kepada seluruh kepala dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten Kota.
- Melakukan/ atau melaksanakan TOT terkait dengan penyalahgunaan Napza dan Pelaporan IPWL masing-masing di daerah.

Faktor – faktor penghambat dalam pencapaian target

- Terbatas nya anggaran dan kebijakan pembiayaan yang di Batasi hanya untuk klaim rehabilitasi narkoba bukan pada semua kasus NAPZA termasuk belum di aturnya pembiayaan Gawat darurat dalam PMK 17 tahun 2024

- Perlu meningkatkan sistem rujukan dan jejaring antar Kementerian Lembaga dalam Upaya rehabilitasi bagi pecandu sehingga rehabilitasi dapat dilaksanakan secara berkesinambungan sampai tuntas
- Perlunya petunjuk teknis yang komprehensif dalam monitoring kepatuhan rujukan dan rehabilitasi dalam rawat jalan maupun rawat inap serta pasca rehabilitasi termasuk juknis verifikasi klaim IPWL
- Belum seluruh layanan melakukan pelaporan tepat waktu dan konsisten

Alternatif solusi atau rencana kedepan yang akan dilakukan untuk beberapa permasalahan yang masih ada

- Meningkatkan literasi SDM melalui media elektronik pelatihan secara daring dalam Plataran Sehat dan membuat media KIE pencegahan dan edukasi tentang abstinencia melalui leaflear, baner, video dan
- Membuat buku saku Tatalaksana Gangguan Pengguna NAPZA bagi Petugas Puskesmas
- Melakukan sosialisasi, koordinasi dan supervisi dalam pencatatan dan pelaporan secara berkala

27. Jumlah kabupaten/kota tersertifikasi bebas pasung

Definisi Operasional dari indikator diatas adalah Jumlah kabupaten/kota dengan 100% kasus pasung di wilayahnya telah dibebaskan (termasuk di panti sosial dan masyarakat)

Capaian semester I tahun 2025 belum mencapai target (0 ka/ko). Target 2025 20 ka/kota.

Hal-hal yang Mempengaruhi Pencapaian Target

- Telah terlaksananya koordinasi dengan lintas kemeterian dalam Penilaian Kab/Kota bebas pasung
- Adanya efisiensi anggaran

Faktor - faktor pendukung dalam pencapaian target

- Telah tersusunya Pedoman Penilaian Bebas Pasung bagi Kab/Kota
- Sedang disusun Permenko PMK tentang Tim Penggerak Kesehatan Jiwa Masyarakat dalam mendukung kolaborasi lintas sector dalam upaya mendorong pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat

Faktor – faktor penghambat dalam pencapaian target

- Belum tersosialisasi secara optimal tentang Pedoman Penilaian Bebas Pasung
- Masih kurangnya dukungan dari lintas sector terutama dari sector sosial dalam mendukung pembebasan pasung dalam panti sosial
- Masih terdapat perbedaan persepsi tentang definisi Pasung

- Efisiensi anggaran dalam mendukung kegiatan penilaian Sertifikat Bebas Pasung

Alternatif solusi atau rencana kedepan yang akan dilakukan untuk beberapa permasalahan yang masih ada

- Dukungan dari lintas sector dalam mendukung Indonesia bebas pasung
- Perlunya komitmen kerjasama dengan lintas sector dengan penguatan Tim Penggerak Kesehatan Jiwa Masyarakat
- Dukungan penganggaran yang konsisten sesuai dengan kebutuhan

B. REALISASI ANGGARAN

Anggaran yang diperjanjikan pada Program Kesehatan Primer dan Komunitas pada tahun 2025 di Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat sebesar Rp. 4.332.350.801.000,- Namun dalam perjalanannya (di tahun anggaran yang sama) mengalami beberapa penyesuaian, antara lain:

1) Revisi Anggaran Tahap I (Revisi Administrasi) TA 2025

Sehubungan dengan surat Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Nomor: PR.04.02/A/538/2025 tanggal 8 Februari 2025 hal Pengajuan Kembali Usulan Revisi Anggaran Tahap I (Revisi Administrasi) Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun Anggaran 2025 dan surat Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas Nomor PR.04.02/B.1/1483/2025 tanggal 11 Februari 2025 hal Penyampaian Perbaikan Dokumen Pendukung Usulan Revisi Tahap I (Revisi Administrasi) Satker Setditjen Kesehatan Masyarakat/Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas. Usulan revisi administrasi Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat berupa usulan perubahan kode KPPN dari semula KPPN.182-Jakarta VII menjadi KPPN.140-Khusus Pinjaman dan Hibah dapat ditetapkan

2) Revisi Penghematan/ Efisiensi Belanja Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas TA 2025

Menindaklanjuti surat Sekretaris Jenderal Nomor PR.04.02/A/461/2025 tanggal Februari 2025 hal Ketetapan Penghematan/Efisiensi Belanja Unit Utama Kementerian Kesehatan TA 2025, distribusi pagu anggaran efisiensi Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas TA 2025 sebagai berikut :

NO	PROGRAM/KEGIATAN	TOTAL SEMULA	TOTAL PAGU EFEKTIF	BLOKIR KODE A
I	PROGRAM DUKUNGAN MANAJEMEN	417,101,273	379,847,814	37,253,459
1	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesmas	417,101,273	379,847,814	37,253,459
II	PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT	2,391,980,207	1,946,857,663	445,122,544
1	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	42,901,237	19,650,560	23,250,677
2	Pembinaan Gizi dan KIA	925,664,035	541,049,368	384,614,667
3	Pembinaan Kesehatan UPL	25,409,156	11,025,280	14,383,876
4	Pembinaan Kesehatan Jiwa	22,192,452	13,518,000	8,674,452
5	Pembinaan Tata Kelola Kesmas	1,375,813,327	1,361,614,455	14,198,872
III	PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN DAN JKN	23,646,400	23,646,400	-
1	Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA	23,646,400	23,646,400	-
IV	PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT	1,499,622,921	1,402,270,848	97,352,703
1	Kegiatan Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Pusat)	1,294,418,824	1,292,372,824	2,046,000
2	Kegiatan UPT Labkesmas	205,204,097	109,898,024	95,306,703
	TOTAL	4,332,350,801	3,752,622,725	579,728,706

3) Revisi DIPA Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (KesPrimKom) TA 2025 Buka blokir anggaran yang bersumber PHLN dan Pergeseran anggaran dalam hal pagu berubah

Revisi ini menindaklanjuti surat Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran Nomor PR.04.02/A/717/2025 tanggal 28 Februari 2025 hal Tindak Lanjut Pasca Revisi Efisiensi Kementerian Kesehatan TA 2025 dan surat Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas No . PR.04.02/B/385/2025 tanggal 28 Februari 2025 perihal Usulan Revisi DIPA Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (KesPrimKom) TA 2025. Revisi terjadi dikarenakan adanya perubahan kebijakan, adanya kekurangan belanja pegawai dan belanja operasional perkantoran pada Satker BBLKM Surabaya, Mempercepat pencapaian kinerja Kementerian Kesehatan dan atau meningkatkan efektivitas, kualitas belanja dan Dukungan program Transformasi Layanan Kesehatan.

Perubahan anggaran dapat dilihat pada tabel berikut :

NO	KODE SATKER	SATKER	ALOKASI SEMULA	PAGU EFEKTIF	BLOKIR APIP DAN KODE LAINNYA
DITJEN KESEHATAN MASYARAKAT			4,332,350,801	3,752,622,095	1,350,119,320
A	KANTOR PUSAT		3,826,033,632	3,357,476,169	1,350,119,320
1	4812	Sekretariat Ditjen Kesmas	115,988,201	94,599,282	
2	5883	Direktorat Promkes dan PM	42,901,237	19,650,560	
3	6799	Direktorat Gizi dan KIA	925,664,035	541,049,368	40,000
4	6800	Direktorat Kesehatan Usia Produktif dan Lansia	25,409,156	11,025,280	
5		Direktorat Kesehatan Jiwa	-		
	6801	a. Pembinaan Kesehatan Jiwa	22,192,452	13,518,000	
	6806	b. Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA	23,646,400	23,646,400	
6		Direktorat Tata Kelola Kesmas	-		
	6802	a. Pembinaan Tata Kelola Kesmas	1,375,813,327	1,361,614,455	97,839,173
	6993	b. Pelayanan Labkesmas	1,294,418,824	1,292,372,824	1,252,240,147
B	KANTOR DAERAH/ UPT		506,317,169	395,145,926	
1	690781	Balai Besar Laboratorium Biologi Kesehatan	45,510,062	14,299,732	
2	690782	Balai Besar Laboratorium Kesehatan Lingkungan	26,927,734	18,802,903	
3	690783	Balai Besar Laboratorium Kesehatan Masyarakat Surabaya	49,956,826	48,682,416	
4	690784	Balai Besar Laboratorium Kesehatan Masyarakat Yogyakarta	33,168,360	26,835,388	
5	690785	Balai Besar Laboratorium Kesehatan Masyarakat Palembang	41,797,643	36,267,180	
6	690786	Balai Besar Laboratorium Kesehatan Masyarakat Jakarta	29,569,496	23,330,644	
7	690787	Balai Besar Laboratorium Kesehatan Masyarakat Banjarbaru	22,551,796	17,993,214	
8	690788	Balai Besar Laboratorium Kesehatan Masyarakat Makassar	37,930,243	32,564,138	

NO	KODE SATKER	SATKER	ALOKASI SEMULA	PAGU EFEKTIF	BLOKIR APIP DAN KODE LAINNYA
9	690789	Balai Kesehatan Masyarakat Palembang	19,520,345	16,251,087	
10	690790	Balai Kesehatan Masyarakat Makassar	20,636,292	17,285,097	
11	690791	Balai Kesehatan Masyarakat Batam	17,859,827	14,223,648	
12	690792	Balai Kesehatan Masyarakat Magelang	15,453,679	12,627,941	
13	690793	Balai Kesehatan Masyarakat Ambon	13,680,664	11,387,498	
14	690794	Balai Kesehatan Masyarakat Manado	16,453,769	13,382,458	
15	690795	Balai Kesehatan Masyarakat Donggala	10,552,003	7,877,100	
16	690796	Balai Kesehatan Masyarakat Medan	19,314,812	16,305,657	
17	690797	Balai Kesehatan Masyarakat Banjarnegara	12,810,663	10,437,951	
18	690798	Balai Kesehatan Masyarakat Banda Aceh	11,657,569	8,852,038	
19	690799	Balai Kesehatan Masyarakat Papua	16,442,066	12,001,086	
20	690800	Loka Kesehatan Masyarakat Pangandaran	10,593,460	8,351,458	
21	690801	Loka Kesehatan Masyarakat Baturaja	12,792,429	10,765,965	
22	690802	Loka Kesehatan Masyarakat Waikabubak	10,175,341	7,959,886	
23	690803	Loka Kesehatan Masyarakat Tanah Bumbu	10,962,090	8,661,441	

Berikut realisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas berdasarkan Program dan Kegiatan :

Tabel 14 Realisasi Anggaran Berdasarkan Program

No.	Program	Alokasi	Realisasi	%	Sisa
1.	Pembinaan Kesehatan Masyarakat	2.391.980.207.000	22.048.003.967	0,92	2.369.932.203.033
2.	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	23.646.400.000	77.131.546	0,33	23.569.268.454
3.	Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	1.499.622.921.000	37.407.135.142	2,49	1.462.215.785.858
4.	Dukungan Manajemen	417.101.273.000	157.470.773.130	37,75	259.630.499.870
Total		4.332.350.801.000	217.003.043.785	5,01	4.115.347.757.215

Data Omspan, Kemenkeu per 23 Juni 2025

Tabel 15 Realisasi Anggaran Berdasarkan Kegiatan

No.	Kegiatan	Alokasi	Realisasi	%	Sisa
1.	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program	417.101.273.000	157.484.142.386	37,76	259.617.130.614
2.	Promkes dan Pemberdayaan Masyarakat	42.901.237.000	1.547.893.327	3,61	41.353.343.673
3.	Pembinaan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak	925.664.035.000	16.064.487.592	1,74	909.599.547.408
4.	Pembinaan Kesehatan Usia Produktif dan Lanjut Usia	25.409.156.000	0	0	25.409.156.000
5.	Pembinaan Kesehatan Jiwa	22.192.452.000	889.483.250	4.01	221.302.968.750
6.	Pembinaan Tata Kelola Kesehatan Masyarakat	1.375.813.327.000	3.546.139.798	0,26	1.372.267.187.202
7.	Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA	23.646.400.000	23.688.264.724	96,90	757.340.276
8.	Pelayanan Laboratorium Kesehatan Masyarakat	1.499.622.921.000	37.393.765.886	2,49	1.462.229.155.114
Total		4.332.350.801.000	217.003.043.785	5,01	4.115.347.757.215

Data Omspan, Kemenkeu per 23 Juni 2025

Kinerja keuangan berdasarkan kegiatan semester I tahun 2025 perlu upaya percepatan

Tabel 16 Realisasi Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja

No.	Jenis Belanja	Alokasi	Realisasi	%	Sisa
1.	Belanja Pegawai	201.297.979.000	107.804.376.979	53.6	93.393.602.021
2.	Belanja Barang	3.737.324.454.000	108.139.814.159	2.9	3.629.174.639.841
3.	Belanja Modal	393.728.368.000	1.048.852.647	0.3	392.679.515.353
4.	Belanja Bansos	0	0	-	0
Total		4.332.350.801.000	217.003.043.785	5.0	4.115.347.757.215

Kinerja keuangan berdasarkan jenis belanja sebesar 5,0%, menurun hal ini disebabkan karena belanja barang yang masih proses pengadaan.

Tabel 17 Realisasi UPT di lingkungan Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas

No	Satker	Alokasi	Realisasi	%	Sisa
1	Balai Besar Laboratorium Biokes	45.510.062.000	56.998.049.342	15.38	38.512.012.658
2	Balai Besar Laboratorium Kesling	26.927.734.000	8.500.668.630	31.57	18.427.065.30
3	Balai Besar Labkesmas Surabaya	57.259.800.000	22.536.498.592	39.36	34.723.301.408
4	Balai Besar Labkesmas Yogyakarta	33.168.360.000	12.552.118.627	37.84	20.616.241.373
5	Balai Besar Labkesmas Palembang	41.797.643.000	16.154.956.892	38,65	25.642.686.108
6	Balai Besar Labkesmas Jakarta	29.569.496.000	11.036.649.367	37.32	18.532.846.633
7	Balai Besar Labkesmas Banjarbaru	22.551.796.000	8.414.514.481	37.31	14.137.281.519
8	Balai Besar Labkesmas Makassar	37.930.243.000	10.875.346.521	28.67	27.054.896.479
9	Balai Labkesmas Palembang	19.520.345.000	17.708.034.497	39.49	11.812.310.503
10	Balai Labkesmas Makassar	20.636.292.000	7.729.866.989	37.46	12.906.425.011
11	Balai Labkesmas Batam	17.859.827.000	6.078.376.952	34.03	11.781.450.048
12	Balai Labkesmas Magelang	15.453.679.000	5.948.465.487	38.49	9.505.213.513
13	Balai Labkesmas Ambon	13.680.664.000	4.782.947.812	34.96	8.897.716.188
14	Balai Labkesmas Manado	16.453.769.000	6.391.436.796	38,48	10.062.332.204
15	Balai Labkesmas Donggala	10.552.003.000	3.592.735.572	34.05	6.959.267.428
16	Balai Labkesmas Medan	19.314.812.000	7.537.080.363	39.02	11.777.731.637
17	Balai Labkesmas Banjarnegara	12.810.663.000	4.896.019.267	38.22	7.914.643.733
18	Balai Labkesmas Banda Aceh	11.657.569.000	4.009.285.079	34.39	7.648.283.921
19	Balai Labkesmas Papua	16.442.066.000	4.794.691.806	29.16	11.647.374.194
20	Loka Labkesmas Pangandaran	10.593.460.000	3.852.663.398	36.37	6.740.796.602
21	Loka Labkesmas Baturaja	12.792.429.000	4.367.422.458	34.14	8.425.006.542
22	Loka Labkesmas Waikabubak	10.175.341.000	3.205.752.848	31.51	6.969.588.152
23	Loka Labkesmas Tanah Bumbu	10.962.090.000	13.205.752.848	28.39	7.849.918.741
TOTAL		513.620.143.000	498.547.791.123	34.09	338.544.389.965

Realisasi keseluruhan UPT di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas sebesar 34,09%, UPT yang memiliki realisasi dibawah yaitu Balai Besar Laboratorium Biokes sebesar 15.38%. Meskipun terjadi pengurangan anggaran dari tahun 2024 ke tahun 2025 semester I, Direktorat

Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas tetap mengoptimalkan penggunaan anggaran yang tersedia dalam pelaksanaan kegiatan yang mendukung indikator – indikator kinerja program kesehatan masyarakat.

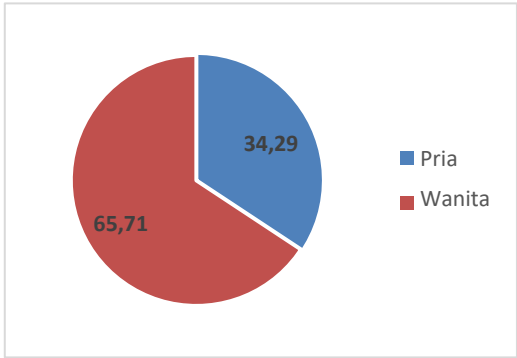
C. SUMBER DAYA MANUSIA

Sumber daya manusia merupakan faktor strategis dalam mendukung pencapaian sasaran organisasi serta pelaksanaan program dan kegiatan. Berdasarkan data tahun berjalan, jumlah pegawai secara keseluruhan adalah **1.855 orang**, yang tersebar di **Kantor Pusat sebanyak 420 orang** dan **Unit Pelaksana Teknis (UPT) sebanyak 1.435 orang**. Komposisi ini mencerminkan struktur organisasi yang berorientasi pada operasional teknis di tingkat lapangan.

Tabel 18 Jumlah ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	
	Kantor Pusat	UPT
Pria	144	529
Wanita	276	906
Jumlah	420	1.435

Grafik 85 Komposisi ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Menurut Jenis Kelamin

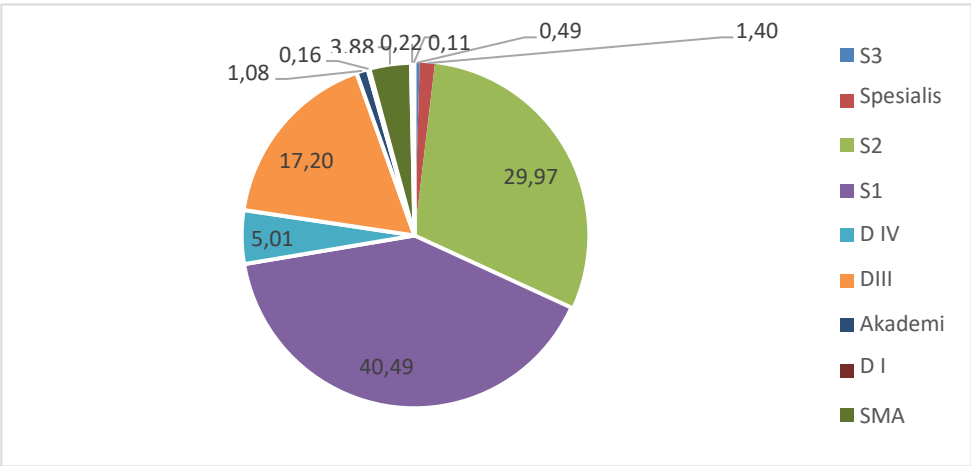


Berdasarkan tabel dan grafik diatas dapat diketahui bahwa jumlah dan komposisi pegawai menurut jenis kelamin lebih besar pegawai wanita sebanyak 65,71%. Kualifikasi pendidikan pegawai menunjukkan bahwa sebagian besar SDM telah memiliki jenjang pendidikan tinggi, yang mendukung profesionalisme dan efektivitas pelaksanaan tugas. Adapun distribusi tingkat pendidikan adalah sebagai berikut:

Tabel 19 Jumlah ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Menurut Tingkat Pendidikan

Pendidikan	Jumlah	
	Kantor Pusat	UPT
S3	3	6
Spesialis	9	17
S2	195	361
S1	176	575
D IV	8	85
DIII	24	295
Akademi	1	19
D I	0	3
SMA	3	69
SMP	0	4
SD	1	1
Jumlah	420	1.435

Grafik 86 Komposisi ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Menurut Tingkat Pendidikan



Tingginya proporsi pegawai dengan pendidikan tinggi (D3 ke atas) sebesar 94,6% menunjukkan kesiapan organisasi dalam menghadapi tantangan pelaksanaan program berbasis kompetensi. Komposisi jabatan pegawai terbagi ke dalam tiga kelompok besar, yaitu Jabatan Pimpinan Tinggi, Jabatan Administrasi, dan Jabatan Fungsional dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 20 Jumlah ASN Jumlah ASN di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan

Masyarakat menurut Jabatan

Jabatan		Jumlah	
		Kantor Pusat	UPT
Jabatan Pimpinan Tinggi	Madya	1	0
	Pratama	6	8
Jabatan Administrasi	Administrator	0	11
	Pengawas	6	27
	Pelaksana	47	264
Jabatan Fungsional	Ahli Madya	57	131
	Ahli Muda	155	349
	Ahli Pertama	120	265
	Penyelia	6	88
	Mahir	13	142
	Terampil	9	150
Jumlah		420	1.435

Distribusi jabatan tersebut menunjukkan bahwa organisasi sangat mengandalkan peran jabatan fungsional sebagai ujung tombak pelaksanaan teknis di lapangan. Proporsi jabatan fungsional mencapai lebih dari 80% dari total pegawai, menggambarkan orientasi kinerja instansi yang kuat pada aspek pelayanan profesional dan teknis.

D. EFISIENSI SUMBER DAYA

Efisiensi merupakan suatu ukuran keberhasilan yang dinilai dari segi besarnya anggaran untuk mencapai hasil dari kegiatan yang dijalankan. Analisis efisiensi anggaran terhadap capaian kinerja ini digunakan untuk mengetahui seberapa besar tingkat efisiensi realisasi anggaran untuk tercapainya seluruh kinerja yang dapat dilihat pada rumus perhitungan berikut :

$$\text{Tingkat Efisiensi} = \frac{\% \text{ Rata-rata Capaian Kinerja}}{\% \text{ Rata-rata Capaian Penyerapan Anggaran}}$$

Kriteria pengukuran efisiensi yang digunakan adalah (1) Jika nilai efisiensi lebih besar atau sama dengan satu (≥ 1), maka terjadi efisiensi; dan (2) Jika nilai efisiensi lebih kecil dari satu (<1), maka efisiensi tidak tercapai. Dengan demikian,

hasil analisis efisiensi anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas Tahun 2025 adalah:

$$\text{Tingkat Efisiensi} = \frac{54,81\%}{5,01\%} = 10,94$$

Berdasarkan perhitungan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas terhadap capaian realisasi anggaran sebesar ≥ 1 , artinya terjadi efisiensi penggunaan anggaran. Efisiensi penggunaan anggaran yang dicapai dalam pelaksanaan program Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas tidak terlepas dari sejumlah faktor pendukung yang berkontribusi secara signifikan terhadap optimalisasi sumber daya yang tersedia. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Perencanaan kegiatan dan anggaran dilakukan secara terintegrasi dan berbasis evaluasi, sehingga pelaksanaan program lebih tepat sasaran dan responsif terhadap hasil capaian dan tantangan pada tahun sebelumnya.
2. Mekanisme pelaksanaan kegiatan telah disesuaikan dengan rencana kerja tahunan yang tersusun dengan baik dan mengedepankan efektivitas pelaksanaan di lapangan.
3. Penerapan metode pelaksanaan kegiatan secara efisien, seperti penggunaan hybrid meeting dalam pelaksanaan koordinasi, yang mampu menekan biaya perjalanan dan operasional tanpa mengurangi kualitas komunikasi dan pengambilan keputusan.

Dalam rangka menjaga dan meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran di masa mendatang, beberapa upaya strategis akan dilakukan, antara lain:

1. Penguatan manajemen risiko dalam setiap tahap perencanaan dan pelaksanaan kegiatan, guna memitigasi potensi hambatan serta memastikan penggunaan anggaran sesuai kebutuhan yang mendesak dan berdampak langsung pada pencapaian hasil.
2. Meningkatkan koordinasi lintas unit kerja dan memperkuat komitmen pelaksanaan program, agar seluruh kegiatan dapat dijalankan sesuai jadwal, target, dan standar yang telah ditetapkan.
3. Dorongan inovasi dalam pelaksanaan program dan pemberian layanan, dengan tetap mengedepankan prinsip efisiensi, kualitas layanan, dan kebermanfaatan langsung bagi masyarakat.

Melalui langkah-langkah tersebut, diharapkan efisiensi penggunaan anggaran tidak hanya terjaga, tetapi juga dapat terus ditingkatkan, seiring dengan meningkatnya kualitas kinerja dan akuntabilitas instansi dalam mendukung program prioritas nasional di bidang kesehatan masyarakat.

BAB IV PENUTUP

Salah satu bentuk pertanggungjawaban penggunaan APBN Tahun Anggaran Semester I 2025 atas pelaksanaan tugas dan fungsi Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas, maka disusunlah Laporan Kinerja Semester I tahun 2025. Laporan Kinerja ini merefleksikan implementasi Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2025 dan rancangan Rencana Strategis (Renstra) Tahun 2025 - 2029. Adapun capaian realisasi kinerja Semester I 2025 dapat disimpulkan dan tindakan korektif untuk memperbaiki kinerja kedepan. Adanya kebijakan automatic adjustment tidak menyurutkan untuk memaksimalkan kinerja dalam mewujudkan tujuan dan sasaran Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas.

Keberhasilan dan belum berhasilnya ini diharapkan dapat menjadi acuan dan bahan evaluasi untuk pelaksanaan kegiatan yang telah dicanangkan pada periode berikutnya sehingga pelaksanaannya dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien. Upaya yang akan dilakukan pada tahun berjalan antara lain:

- a. Membuat perencanaan kegiatan dan anggaran secara utuh, melakukan kegiatan pemantauan secara berkala dan terpadu, serta koordinasi antar bagian untuk melaksanakan kegiatan yang mengundang peserta lintas program/ lintas sektor, sehingga kegiatan dapat berjalan secara efektif dan efisien.
- b. Perlu adanya penataan pegawai berdasarkan kualifikasi pendidikan pegawai, kompetensi dan peta jabatan, sehingga kualitas kerja dapat lebih optimal.
- c. Penguatan manajemen risiko dalam setiap tahap perencanaan dan pelaksanaan kegiatan, guna memitigasi potensi hambatan serta memastikan penggunaan anggaran sesuai kebutuhan yang mendesak dan berdampak langsung pada pencapaian hasil.
- d. Meningkatkan koordinasi lintas unit kerja dan memperkuat komitmen

pelaksanaan program, agar seluruh kegiatan dapat dijalankan sesuai jadwal, target, dan standar yang telah ditetapkan.

- e. Dorongan inovasi dalam pelaksanaan program dan pemberian layanan, dengan tetap mengedepankan prinsip efisiensi, kualitas layanan, dan kebermanfaatan langsung bagi masyarakat.

DOKUMENTASI

Indikator Kabupaten/kota yang melaksanakan Intervensi Kesehatan Keluarga



Indikator ibu bersalin di Fasilitas Kesehatan (PF)



Indikator Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK)

Indikator Kinerja Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan mendapatkan ASI Eksklusif



Indikator Kinerja Persentase Balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya



Indikator Kinerja Persentase Kab/Kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)



Indikator Kinerja Puskesmas dengan tata Kelola Kesehatan masyarakat yang baik



Indikator Kematian Neonatal (per 1.000 kelahiran hidup)



Perjanjian Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025 DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

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

Nama : Maria Endang Sumiwi
Jabatan : Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

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, Januari 2025

Pihak Kedua
Menteri Kesehatan,

Budi G. Sadikin

Pihak Pertama
Direktur Jenderal Kesehatan
Masyarakat,

Maria Endang Sumiwi

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

No.	Sasaran Strategis /Program/Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
A. Sasaran Strategis (1)			
	Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga	1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM 2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup) 3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup) 4. Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) (%) 5. <i>Wasting</i> (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)	100 183 16 14.0 7.0
Program : Kesehatan Masyarakat			
1.	Sasaran Program : Terwujudnya peningkatan kesehatan masyarakat melalui pendekatan promotif dan preventif pada setiap siklus kehidupan yang didukung oleh peningkatan tata kelola kesehatan masyarakat	1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan intervensi kesehatan keluarga 2. Persentase ibu bersalin di faskes (PF) 3. Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) 4. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif 5. Persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya 6. Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) 7. Puskesmas dengan tata kelola kesehatan masyarakat yang baik 8. Angka Kematian Neonatal (per 1.000 kelahiran hidup)	100 95 10 60 100 90 70 10

No.	Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
B. Sasaran Strategis (8)			
Menguatnya surveilans yang adekuat			
Program : Pencegahan dan Pengendalian Penyakit			
2.	Sasaran Program : Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	1. Persentase kabupaten/kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans	76
		2. Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital	100
C. Sasaran Strategis (17)			
Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik			
Program : Dukungan Manajemen			
3.	Sasaran Program : Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	1. Nilai Reformasi Birokrasi	90,01
		2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat	80,1
		3. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat	96

Program	Anggaran
1. Program Kesehatan Masyarakat	Rp. 2.391.980.207.000
2. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 23.646.400.000
3. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	Rp. 1.499.622.921.000
4. Program Dukungan Manajemen	Rp. 417.101.273.000
Total Anggaran DIPA Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat	Rp. 4.332.350.801.000

Jakarta, Januari 2025

Pihak Kedua
Menteri Kesehatan,



Budi G. Sadikin

Pihak Pertama
Direktur Jenderal Kesehatan
Masyarakat,



Maria Endang Sumiwi

