



LAPORAN KINERJA



PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN

BADAN KEBIJAKAN
PEMBANGUNAN KESEHATAN

2024



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan Tahun 2024 yang merupakan perwujudan akuntabilitas dan pertanggungjawaban kami terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi yang diamanahkan atas penggunaan anggaran telah rampung tersusun.

Laporan Kinerja ini berisi ringkasan tentang keluaran dari kegiatan dan hasil yang dicapai dari sasaran kegiatan yang direncanakan. Melalui penyusunan laporan kinerja, diharapkan kami dapat memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai serta sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya.

Laporan Kinerja kami susun dengan berpedoman pada 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. Atas dasar peraturan tersebut, laporan kinerja diukur berdasarkan indikator kinerja kegiatan dan target yang sudah ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2024.

Kami sampaikan terima kasih dan apresiasi kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan Tahun 2024. Kami berharap laporan kinerja ini dapat bermanfaat sebagai masukan dan media evaluasi dalam pengelolaan kinerja untuk mendorong peningkatan akuntabilitas kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan dimasa yang akan datang.

Jakarta, 30 Januari 2025
Plt. Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan,

Dwi Puspasari



IKHTISAR EKSEKUTIF

Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, maka Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan selaku pengemban amanah wajib menyusun Laporan Kinerja. Laporan Kinerja ini merupakan laporan pertanggung jawaban kegiatan dan anggaran tahun 2023. Laporan Kinerja ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi penyusunan kegiatan di tahun mendatang.

Pada Renstra Revisi Kementerian Kesehatan Tahun 2022-2024, sasaran kegiatan Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan adalah Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti. Indikator untuk kegiatan Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan, sebagai berikut:

1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti.
2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti.
3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti.
4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan.
5. Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan.

Capaian indikator kinerja Tahun 2024 pada Pusjak Upaya Kesehatan dapat disampaikan sebagai berikut:

1. Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan di atas Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti, dari target 100 diperoleh capaian 100 dengan persentase capaian sebesar 100. Dari hasil instrumen pengukuran Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dan Indikator Kinerja Program (IKP) Renstra Kemenkes terhadap 1 (satu) keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri mempunyai skor sama dengan atau lebih besar dari 65 (kategori baik).
2. Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai dari target 100 diperoleh capaian 100 dengan persentase capaian sebesar 100. Dari hasil instrumen pengukuran Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dan Indikator Kinerja Program (IKP) Renstra Kemenkes terhadap 3 (tiga) regulasi terkait bidang Upaya Kesehatan, yaitu peraturan atau keputusan Menteri Kesehatan dan surat edaran Menteri Kesehatan adalah semua mempunyai skor sama dengan atau lebih besar dari 65.
3. Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan dibawah Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai dari target 100 diperoleh capaian 100 dengan persentase capaian sebesar 100. Dari hasil instrumen pengukuran Indikator

Kinerja Kegiatan (IKK) dan Indikator Kinerja Program (IKP) Renstra Kemenkes terhadap 1 (satu) regulasi terkait bidang Upaya Kesehatan, yaitu peraturan dibawah Menteri Kesehatan, seperti keputusan atau surat edaran Dirjen adalah semua mempunyai skor sama dengan atau lebih besar dari 65.

4. Indikator Persentase Kebijakan Kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan, tercapai dari target 100 diperoleh capaian 100 dengan persentase capaian sebesar 100, terdapat 2 (dua) kebijakan yang dihasilkan Kemenkes pada T-1.
5. Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan, tercapai dari target 100 diperoleh capaian 100 dengan persentase sebesar 100. Pusjak Upaya Kesehatan berada pada area kebijakan di Pilar Transformasi Layanan Primer dan Pilar Transformasi Layanan Rujukan. Dari hasil analisis Sinergi Kebijakan Transformasi Kesehatan Pusat dan Daerah, diperoleh bahwa:
 - a. Sebanyak 514 Kab/Kota telah melaksanakan adopsi kebijakan pilar layanan primer. tetapi masih terdapat 0,6% (3/514) Dinkes Kab/kota yang adopsi kebijakannya masih dalam tahap perencanaan.
 - b. Sebanyak 514 Dinkes kabupaten/kota telah melaksanakan adopsi kebijakan pilar Layanan Rujukan, dan masih terdapat 6,4% (33/514) Dinkes Kab/kota yang adopsi kebijakannya masih dalam tahap perencanaan.

Pada tahun anggaran 2024, Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan terdapat beberapa kali revisi anggaran yang mengakibatkan penambahan dan pengurangan pagu. Alokasi awal Pusjak Upaya Kesehatan untuk program Kebijakan Pembangunan Kesehatan sebesar RRp 254.893.640.000,- (Dua ratus lima puluh empat milyar delapan ratus Sembilan puluh tiga juga enam ratus empat puluh ribu rupiah). Untuk alokasi akhir program kebijakan pembangunan kesehatan sebesar Rp 257.328.168.000,- (Dua ratus lima puluh tujuh milyar tiga ratus dua puluh delapan juta seratus enam puluh delapan ribu rupiah). Realisasi anggaran pada program Kebijakan Pembangunan Kesehatan sebesar Rp 205.588.258.220,- (Dua ratus lima milyar lima ratus delapan puluh delapan juta dua ratus lima puluh delapan ribu dua ratus dua puluh rupiah)

Sedangkan untuk alokasi awal program Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan unit kerja Pusjak Upaya Kesehatan adalah sebesar Rp 3.236.348.000,- (Tiga milyar dua ratus tiga puluh enam juta tiga ratus empat puluh delapan ribu rupiah). Alokasi akhir program dukungan manajemen sebesar Rp 3.907.338.000,- (tiga milyar sembilan ratus tujuh juta tiga ratus tiga puluh delapan ribu rupiah). Realisasi dari program dukungan manajemen sebesar Rp 3.642.231.062,- (Tiga milyar enam ratus empat puluh dua juta dua ratus tiga puluh satu ribu enam puluh dua rupiah).

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Ikhtisar Eksekutif	ii
Daftar Isi.....	iv
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar	vi

01

Pendahuluan & Analisis Situasi

Latar Belakang.....	1
Analisis Situasi 2024	1
Maksud dan Tujuan.....	4
Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi	4
Sumber Daya Manusia.....	6
Isu Strategis Organisasi	11
Dasar Hukum	15
Sistematika	16

02

Perencanaan Kinerja

Rencana Strategis Tahun 2020-2024.....	18
Sasaran Strategis.....	19
Perjanjian Kinerja	21

03

Akuntabilitas Kinerja

Capaian Indikator Kinerja	23
Realisasi Anggaran	59
Analisa Efisiensi Sumber Daya	61
Analisa Efisiensi Anggaran	61
Analisa Efisiensi Sumber Daya Manusia.....	64

04

Penutup

Lampiran	65
----------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Komposisi Jabatan Fungsional Pegawai Pusjak Upaya Kesehatan	7
Tabel 1.2	Komposisi Pegawai Negeri Sipil Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2024	8
Tabel 1.3	Komposisi Pegawai Negeri Sipil Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2024	9
Tabel 1.4	Komposisi Pegawai Negeri Sipil Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Golongan Tahun 2024	9
Tabel 1.5	Daftar PPNPN Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024	10
Tabel 2.1	Sasaran Strategis dan Indikator Sasaran Strategis BKPK.....	20
Tabel 2.2	Perencanaan Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan dalam Dokumen Renstra Kementerian Tahun 2022-2024	21
Tabel 2.3	Penetapan Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024	22
Tabel 3.1	Capaian Indikator Kinerja Kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024	23
Tabel 3.2	Capaian Indikator Kinerja Persentase Keputusan atau Peraturan di atas Peraturan Menteri yang disusun Berbasis Kajian dan Bukti	25
Tabel 3.3	Keputusan atau Peraturan di atas Menteri	25
Tabel 3.4	Capaian Indikator Kinerja Persentase Keputusan atau Peraturan Menteri yang disusun Berbasis Kajian dan Bukti	26
Tabel 3.5	Keputusan atau Peraturan Menteri	26
Tabel 3.6	Capaian Indikator Kinerja Persentase Keputusan atau Peraturan di bawah Menteri yang disusun Berbasis Kajian dan Bukti.....	28
Tabel 3.7	Keputusan atau Peraturan di Bawah Peraturan Menteri	28
Tabel 3.8	Capaian Kebijakan Kesehatan Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Upaya Kesehatan	29
Tabel 3.9	Kebijakan Kesehatan Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Upaya Kesehatan	29
Tabel 3.10	Capaian Kebijakan Kesehatan Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Upaya Kesehatan	30
Tabel 3.11	Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang Mengadopsi Kebijakan Layanan Primer Tahun 2024	31
Tabel 3.12	Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang Mengadopsi Kebijakan Layanan Rujukan Tahun 2024	31

Tabel 3.13 Rekomendasi Kebijakan Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024	31
Tabel 3.14 Riset Implementasi di Bidang Upaya Kesehatan Tahun 2024	45
Tabel 3.15 Tabel Quality Control Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Tahun 2024	57
Tabel 3.16 Tabel Quality Control Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (RPMK) Tahun 2024	60
Tabel 3.17 Sandingan Capaian Indikator Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2023 dan 2024.....	60
Tabel 3.18 Sandingan Target dan Capaian Indikator Kinerja (Renstra Kementerian Kesehatan 2022-2024.....	61
Tabel 3.19 Sandingan Capaian Indikator Kinerja Pusjak UK dengan Pusjak SKK & SDK Tahun 2024.....	63
Tabel 3.20 Anggaran Blokir <i>Automatic Adjustment</i> Pusjak Upaya Kesehatan Tahun Anggaran 2024	65
Tabel 3.21 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024.....	66
Tabel 3.22 Efisiensi <i>Automatic Adjustment</i> (AA) & Efisiensi Perjalanan Dinas	67
Tabel 3.23 Tabel Efisiensi RO Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024	68
Tabel 3.24 Tabel Analisis SMART Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Struktur Organisasi Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (Permenkes No.5 Tahun 2022	5
Gambar 1.2 Struktur Organisasi Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (SK Kapusjak Upaya Kesehatan No. HK.02.03/H.II/2592/2024).....	6
Gambar 1.3 Komposisi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin	7
Gambar 1.4 Komposisi Pegawai Berdasarkan Umur.....	8
Gambar 1.5 Komposisi Pegawai Berdasarkan Jenjang Pendidikan	9
Gambar 1.5 Komposisi Pegawai Berdasarkan Jenjang Golongan.....	10
Gambar 3.1 Kondisi Sumber Daya Manusia Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024	71

BAB 1

PENDAHULUAN DAN ANALISIS SITUASI



A. LATAR BELAKANG

Dalam rangka mewujudkan pemerintahan yang baik terhadap penyelenggaraan pemerintahan adalah dengan menerapkan sistem pertanggung jawaban yang tepat, akurat dan terukur sehingga proses penyelenggaraan pemerintahan dapat berjalan secara bertanggung jawab, bersih dan bebas dari KKN (korupsi, kolusi dan nepotisme). Sebab itu, diharapkan seluruh instansi pemerintahan wajib mempertanggung jawabkan pelaksanaan tugas dan fungsi berdasarkan rencana strategis yang sudah ditetapkan .

Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan sebagai salah satu unit Eselon II di Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan yang berkewajiban untuk menyusun Laporan Kinerja untuk mempertanggung jawabkan pelaksanaan tugas dan fungsi yang telah diamanatkan selama tahun anggaran 2024. Penyampaian Laporan Kinerja ini merupakan wujud dari keterbukaan informasi terhadap capaian kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan selama tahun 2024 berdasarkan komitmen awal yang tercantum didalam Perjanjian Kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan.

Laporan kinerja menggambarkan pencapaian indikator kinerja yang sudah ditetapkan di dalam dokumen perjanjian kinerja dan dokumen perencanaan, pengukuran pencapaian kinerja ini bertujuan untuk mendorong instansi pemerintahan dalam meningkatkan transparansi, akuntabilitas dan efektifitas. Selain itu laporan kinerja ini juga sebagai tolak ukur keberhasilan maupun kegagalan pencapaian kinerja dan juga berisi tentang upaya-upaya untuk mengatasi kendala-kendala yang dihadapi dalam melaksanakan kegiatan pencapaian target.

Laporan kinerja Pusjak Upaya Kesehatan merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada Pusjak Upaya Kesehatan atas penggunaan anggaran. Penyusunan laporan kinerja ini mengacu kepada Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Pendayaaangunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan kinerja ini bertujuan meningkatkan akuntabilitas, transparansi serta efektifitas Pusjak Upaya Kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya

seperti yang diamanahkan dan tercantum di dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024, Rencana Aksi Program Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan tahun 2020-2024 dan Rencana Aksi Kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan tahun 2020-2024.

B. ANALISIS SITUASI 2024

Dalam upaya menjamin keberhasilan dan kesinambungan pembangunan kesehatan telah disusun Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025 sebagai penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005-2025 dan merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Pada tanggal 17 Maret 2021 Presiden Joko Widodo menandatangani Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan. Penerbitan Perpres ini merupakan tindak lanjut ditetapkannya Keputusan Presiden Nomor 113/P Tahun 2019 tentang Pembentukan Kementerian Negara dan Pengangkatan Menteri Negara Kabinet Indonesia Maju Periode Tahun 2019-2024. Hal itu juga untuk melaksanakan ketentuan Pasal 11 Undang-undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara. Sebagaimana ketentuan dalam Perpres tersebut, salah satu fungsi yang diselenggarakan Kementerian Kesehatan adalah perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan, dan tenaga Kesehatan. Salah satu fungsi yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan sesuai dengan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan yaitu perumusan, penetapan dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan kefarmasian, alat kesehatan, dan tenaga kesehatan.

Perubahan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan menjadi konsekuensi logis Ketika sektor kesehatan akan bertransformasi. Perubahan tersebut mencakup 6 (enam) pilar transformasi Kesehatan yang merupakan bentuk reformasi Kesehatan nasional. Adapun 6 (enam) pilar transformasi Kesehatan sebagai berikut:

1. Transformasi Layanan Primer

Pilar ini memberi perhatian pada jejaring layanan primer yang terdiri dari Puskesmas, Posyandu Prima, Posyandu dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat. Selain itu perhatian lainnya pada upaya promosi kesehatan, penanggulangan masalah stunting, perluasan imunisasi dan pencegahan tuberkolosis (TBC)

2. Transformasi Layanan Rujukan

Upaya yang dilakukan meliputi transformasi layanan rujukan. Sasaran perhatian dari pilar ini adalah jejaring layanan rujukan dan transformasi rumah sakit vertikal.

3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan
Upaya yang dilakukan meliputi kemandirian industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri, serta tenaga kesehatan cadangan.
4. Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan
Program yang dilakukan meliputi *National Health Account*, *Annual Review Tariff*, *Health Technology Assessment*, dan Konsolidasi pembiayaan kesehatan.
5. Transformasi Sumber Daya Kesehatan
Program pada pilar ini meningkatkan jumlah tenaga kesehatan, pemerataan tenaga kesehatan, dan peningkatan mutu tenaga kesehatan.
6. Transformasi Teknologi Kesehatan
Program yang diampu meliputi rekam medik elektronik serta *Biomedical and Genome Science Initiative (BGS-I)*

Keenam pilar tersebut bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, mandiri, produktif, dan berkeadilan. Selain itu, sebagai bentuk kesiapan pemerintah dalam menghadapi masalah kesehatan di masa yang akan datang.

Pusat Kebijakan (Pusjak) Upaya Kesehatan melaksanakan analisis, perumusan rekomendasi dan evaluasi kebijakan di bidang upaya kesehatan. Pusjak Upaya Kesehatan juga mendukung kebijakan pembangunan kesehatan pada 2 pilar transformasi, yaitu:

1. Transformasi Layanan Primer

Transformasi layanan primer merupakan pilar pertama dalam transformasi kesehatan Indonesia, dimana dalam penerapannya berfokus memperkuat aktivitas promotive preventif untuk menciptakan lebih banyak orang sehat, memperbaiki skrining Kesehatan serta meningkatkan kapasitas layanan primer. Pilar ini bertujuan mendekatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas pada Masyarakat melalui integrasi pelayanan kesehatan primer yang berfokus pada siklus hidup (ibu hamil, anak remaja, usia produktif, dan lanjut usia).

Pada pelaksanaannya, fokus utama tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Edukasi penduduk dengan cara melakukan penguatan peran kader, kampanye, dan membangun gerakan menggunakan *platform digital*, dan tokoh masyarakat.
- b. Pencegahan Primer, dilakukan dengan melakukan penambahan imunisasi rutin menjadi 14 antigen dan perluasan cakupan di seluruh Indonesia.
- c. Pencegahan sekunder dengan melakukan skrining 14 penyakit penyebab kematian tertinggi di tiap sasaran usia, skrining, stunting dan peningkatan ANC (*Antenatal Care*) untuk kesehatan ibu dan bayi.
- d. Meningkatkan kapasitas dan kapabilitas layanan primer dengan melakukan revitalisasi *network* dan standarisasi layanan di puskesmas, posyandu dan kunjungan rumah.

2. Transformasi Layanan Rujukan

Transformasi layanan rujukan merupakan pilar kedua dalam transformasi kesehatan Indonesia, memiliki fokus untuk melakukan peningkatan dalam hal

kualitas serta pemerataan layanan kesehatan di seluruh pelosok yang ada di Indonesia. Dalam penerapannya hal yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan adalah dengan melakukan peningkatan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier melalui Pembangunan rumah sakit di Kawasan Indonesia Timur, dan melakukan kemitraan dengan *World's Healthcare Centers*. Selain itu, pilar ini juga berfokus pada peningkatan kualitas layanan melalui perbaikan tata kelola rumah sakit serta kerja sama dengan institusi global melalui program *sister hospital*, peningkatan akses rujukan untuk penyakit katastrofik (contoh: jantung, stroke, kanker, ginjal) serta kesehatan ibu dan anak.

C. MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud penyusunan Laporan Kinerja (LKj) Pusat Kebijakan (Pusjak) Upaya Kesehatan, sebagai berikut:

1. Menyampaikan pertanggung jawaban capaian kinerja Pusat Kebijakan (Pusjak) Upaya Kesehatan sebagai unit Eselon II atas perjanjian kinerja dengan Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan yang telah ditetapkan pada tahun 2024;
2. Memberikan gambaran tingkat capaian pelaksanaan kegiatan.

Tujuan penyusunan LKj Pusjak Upaya Kesehatan, sebagai berikut:

1. Sebagai laporan pertanggung jawaban kegiatan dan anggaran tahun 2024 yang transparan dan akuntabel;
2. Sebagai bahan evaluasi kegiatan yang dibiayai oleh DIPA Kantor Pusat BKPK;
3. Sebagai bahan masukan dalam penyusunan perencanaan program dan kegiatan tahun mendatang;
4. Memberikan informasi kinerja yang terukur atas kinerja yang telah dicapai;
5. Sebagai langkah upaya perbaikan berkesinambungan bagi peningkatan kinerja Pusjak Upaya Kesehatan.

D. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, tugas dari Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pemberian rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan. Fungsi yang diselenggarakan oleh BKPK, antara lain:

1. Penyusunan kebijakan teknis penguatan kebijakan pembangunan kesehatan;
2. Pelaksanaan analisis dan pemberian rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan;
3. Pelaksanaan integrasi dan sinergi pencapaian sasaran pembangunan kesehatan;
4. Evaluasi dan pelaporan pelaksanaan penguatan kebijakan pembangunan kesehatan;
5. Pelaksanaan administrasi Badan; dan
6. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

Pusat Kebijakan (Pusjak) Upaya Kesehatan sebagai salah satu unit kerja Eselon II di bawah BKPK, memiliki tugas melaksanakan analisis, perumusan rekomendasi dan evaluasi kebijakan di bidang upaya Kesehatan sesuai dengan Permenkes No. 5 Tahun 2022.

Fungsi dari Pusjak Upaya Kesehatan dalam menyelenggarakan tugasnya, sebagai berikut:

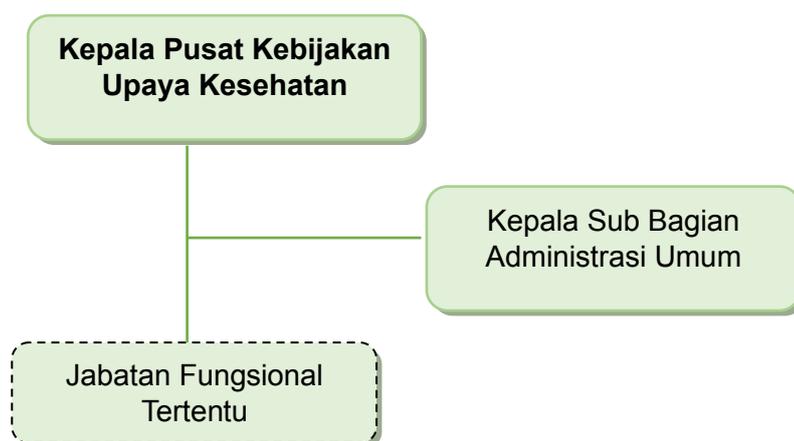
1. Penyusunan kebijakan teknis penguatan di bidang Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan perorangan;
2. Pelaksanaan analisis dan perumusan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan perorangan;
3. Pelaksanaan diseminasi dan advokasi rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan perorangan;
4. Pelaksanaan integrasi dan sinergi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan perorangan;
5. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan;
6. Pelaksanaan urusan administrasi pusat.

Susunan organisasi Pusjak Upaya Kesehatan terdiri dari:

- a. Subbagian Administrasi Umum; dan
- b. Kelompok Jabatan Fungsional

Subbagian administrasi umum memiliki tugas untuk melakukan penyiapan dan koordinasi penyusunan rencana, program, anggaran, pelaksanaan anggaran, pembukuan dan inventarisasi barang milik negara, urusan sumber daya manusia, pengelolaan data dan system informasi, pemantauan, evaluasi, laporan, kearsipan, persuratan dan kerumahtanggaan pusat.

Struktur organisasi Pusjak Upaya Kesehatan sesuai dengan Permenkes Nomor 5 Tahun 2022 dapat dilihat di bawah ini.

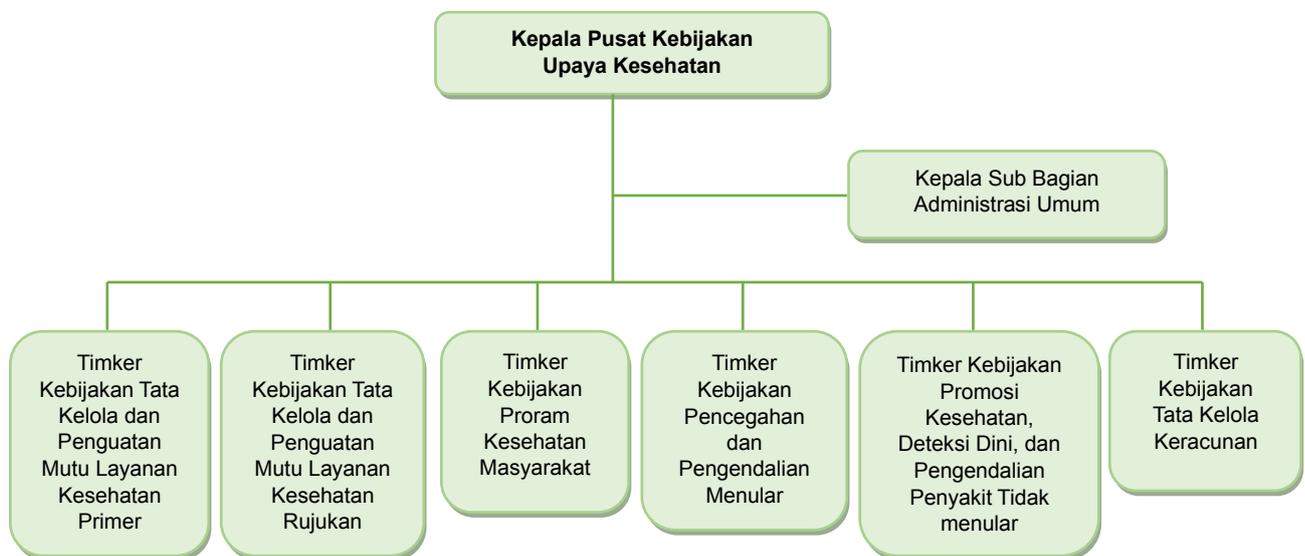


Gambar 1.1 Struktur Organisasi Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (Permenkes No. 5 Tahun 2022)

Kelompok jabatan fungsional teknis pada Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan masuk ke dalam tim kerja berdasarkan sasaran Upaya Kesehatan, sesuai dengan siklus hidup manusia seperti bayi, remaja, ibu hamil, usia produktif, usia lanjut dalam menangani penyelenggaraan masalah kesehatan baik penyakit menular dan penyakit tidak menular.

Pusjak Upaya Kesehatan pada tahun 2024 dipimpin oleh Plt. Kepala Pusat dan dibantu oleh jabatan struktural lainnya yaitu Kepala Sub Bagian Administrasi Umum. Dalam melaksanakan tugas teknis sehari-hari, Plt. Kepala Pusjak Upaya Kesehatan dibantu oleh 6 (enam) Tim kerja sesuai dengan surat keputusan Plt. Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan nomor HK.02.03/H.II/2592/2024 tentang Penunjukkan Ketua Tim Kerja dan Anggota Tim Kerja di Lingkungan Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan, yaitu:

1. Tim Kerja Kebijakan Tata Kelola dan Penguatan Mutu Layanan Kesehatan Primer
2. Tim Kerja Kebijakan Tata Kelola dan Penguatan Mutu Layanan Kesehatan Rujukan
3. Tim Kerja Kebijakan Program Kesehatan Masyarakat
4. Tim Kerja Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
5. Tim Kerja Kebijakan Promosi Kesehatan, Deteksi Dini, dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
6. Tim Kerja Kebijakan Tata Kelola Keracunan



Gambar 1.2 Struktur Organisasi Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (SK Kapusjak Upaya Kesehatan No. HK.02.03/H.II/2592/2024)

E. SUMBER DAYA MANUSIA

Berdasarkan data kepegawaian per 31 Desember 2024, pegawai Pusjak Upaya Kesehatan berjumlah 63 orang. Berdasarkan Permenpan RB Nomor 17 tahun 2021 tentang Penyetaraan Jabatan Administrasi ke dalam Jabatan Fungsional,

Kementerian Kesehatan melakukan penyederhanaan jabatan administrasi ke dalam jabatan fungsional, sehubungan dengan hal tersebut dikeluarkan ke Permenkes Nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Komposisi pegawai Pusjak Upaya Kesehatan, jabatan fungsional sebanyak 52 orang, struktural 1 orang dan 10 orang jabatan pelaksana. Jabatan fungsional yang terdapat di Pusjak Upaya Kesehatan terdapat 7 (tujuh) jenis jabatan fungsional. Komposisi jabatan fungsional pada Pusjak Upaya Kesehatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.1 Komposisi Pegawai Negeri Sipil Pusjak Upaya Kesehatan berdasarkan Jabatan Fungsional Tahun 2024

No	Jenis Jabatan Fungsional	Jenjang Fungsional	Jml	Total
1	Struktural		1	1
2	Analisis Kebijakan	Utama	1	23
		Madya	6	
		Muda	11	
		Pertama	5	
3	Administrasi Kesehatan	Madya	3	16
		Muda	11	
		Pertama	2	
4	Analisis Sumber Daya Manusia Aparatur	Madya	1	3
		Muda	1	
		Pertama	1	
5	Perencana	Muda	2	3
		Pertama	1	
6	Pranata Komputer	Muda	1	3
		Pertama	1	
		Mahir	1	
7	Pranata Keuangan APBN	Terampil	1	1
8	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN	Muda	2	3
		Pertama	1	
9	Jabatan Pelaksana		10	10
Total			63	63

Pada tahun 2024, pegawai Pusjak Upaya Kesehatan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 45 orang (71,43%) sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 18 orang (28,57%). Lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

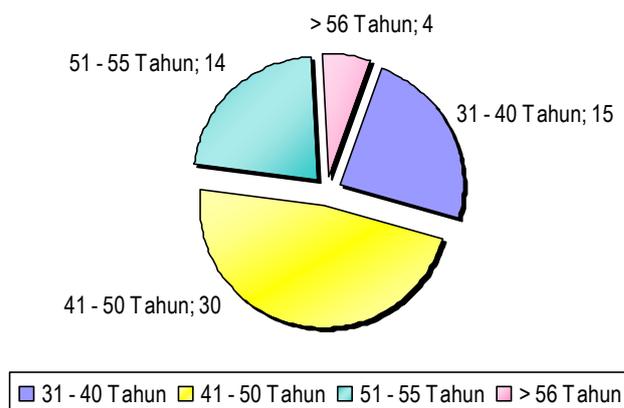


Gambar 1.3 Komposisi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin

Jika dilihat komposisi pegawai dari kelompok umur, pegawai Pusjak Upaya Kesehatan sebagian besar masuk ke dalam kelompok umur 41-50 tahun sebanyak 30 orang (47,62%). Untuk kelompok umur 51-55 tahun sebanyak 14 orang (22,22%) dan 31-40 tahun sebanyak 15 orang (23,81%). Kelompok umur \geq 56 tahun sebanyak 4 orang (6,35%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.

Tabel 1.2 Komposisi Pegawai Negeri Sipil Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2024

No	Usia	Jumlah	%
1	\leq 30 tahun	-	-
2	31-40 tahun	15	23.81
3	41-50 tahun	30	47.62
4	51-55 tahun	14	22.22
5	\geq 56 tahun	4	6.35
Jumlah		63	100

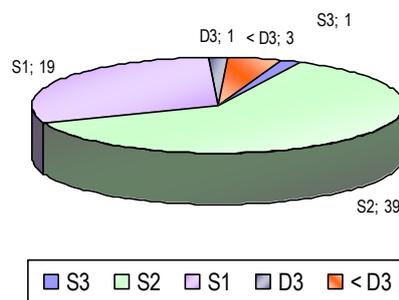


Gambar 1.4 Komposisi Pegawai Negeri Sipil Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2024

Jika ditinjau dari jenjang Pendidikan, sebagian besar jenjang Pendidikan pegawai Pusjak Upaya Kesehatan adalah S2 sebanyak 39 orang, S1 sebanyak 19 orang, SLTA sebanyak 3 orang, S3 sebanyak 1 orang dan D3 sebanyak 1 orang. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dan gambar dibawah ini.

Tabel 1.3 Komposisi Pegawai Negeri Sipil Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2024

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
1	S3	2	3,17
2	S2	38	60,32
3	S1	19	30,16
4	D3	1	1,59
5	< D3	3	4,76
Jumlah		63	100

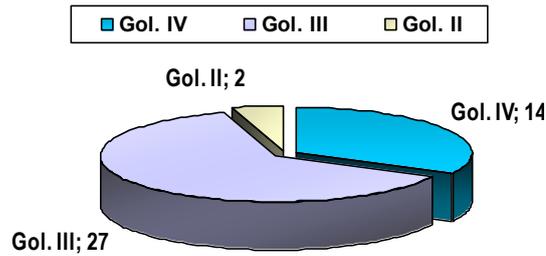


Gambar 1.5 Komposisi Pegawai Berdasarkan Jenjang Pendidikan

Komposisi pegawai Pusjak Upaya Kesehatan jika ditinjau dari tingkat golongan, jumlah pegawai negeri sipil di lingkungan Pusjak Upaya Kesehatan yang terbanyak adalah golongan III sebanyak 47 orang. Golongan IV sebanyak 14 orang, dan golongan II sebanyak 2 orang. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.

Tabel 1.4 Komposisi Pegawai Negeri Sipil Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Golongan Tahun 2024

No	Golongan	Jumlah	%
1	IV	14	22,22
2	III	47	74,60
3	II	2	3,17
4	I	-	-
Jumlah		63	100



Gambar 1.6 Komposisi Pegawai Berdasarkan Jenjang Golongan

Dalam melaksanakan tugas, Pusjak Upaya Kesehatan dibantu oleh 10 orang Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN). Berdasarkan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-31/PB/2016, PPNPN merupakan pegawai tidak tetap, pegawai honorer, staf khusus dan pegawai lain yang dibayarkan oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Gaji PPNPN di lingkungan Pusjak Upaya Kesehatan dibayarkan menggunakan DIPA Kantor Pusat BKPK TA 2024. Keberadaan PPNPN ditetapkan melalui SK Sekretaris Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan dengan penandatanganan kontrak kerja selama satu tahun yang sifatnya tidak mengikat dan kinerjanya dapat ditinjau setiap saat. Daftar PPNPN Pusjak Upaya Kesehatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.6 Daftar PPNPN Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024

No	Nama	Jabatan
1	Danang Berlianto, S.Kom	Pramubakti (Arsiparis Ahli)
2	Santy Dwi Astuti, SE	Pramubakti (Arsiparis Ahli / Penyuluh Kearsipan)
3	Muhamad Saefullah, S.Ak	Pramubakti (Perencana / Penyusun Program Anggaran dan Pelaporan)
4	Asri Guswati Pertiwi, S.Kom	Pramubakti (Pranata Komputer Ahli / Analis Sistem Informasi)
5	Winda Lesdiana, SE	Pramubakti (Perencana / Penyusun Program Anggaran dan Pelaporan)
6	Masnur Berliana Siringo, S.Kom	Pramubakti (Arsiparis Ahli / Penyuluh Kearsipan)
7	Annisa Rachmawati, S.KPm	Pramubakti (Perencana / Penyusun Program Anggaran dan Pelaporan)
8	Unung Yunani, SKM	Pramubakti (Perencana / Penyusun Program Anggaran dan Pelaporan)
9	Rinda Luxy Hermawati, S.Kep, Ns	Pramubakti (Administrator Kesehatan / Analis Kesehatan)
10	Dandi Tedja Permana, SE	Pramubakti (Perencana / Penyusun Program Anggaran dan Pelaporan)

F. ISU STRATEGIS ORGANISASI

Isu strategis pada Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (Pusjak UK) pada tahun anggaran 2024, sebagai berikut:

a. Pemantapan kegiatan perumusan kebijakan upaya Kesehatan.

Sesuai dengan Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia No. 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan, salah satu fungsi yang diselenggarakan Kementerian Kesehatan adalah perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan dan tenaga kesehatan.

Perubahan di dalam Kementerian Kesehatan tertuang di dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Di dalam Permenkes tersebut menyebutkan tugas BKPK mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pemberian rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, tidak lagi terdapat fungsi penelitian dan pembangunan kesehatan yang melekat pada unit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes). Tetapi masih ada kegiatan riset/survey yang bersifat penugasan diamanahkan kepada Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan.

b. Pengawasan kebijakan atau regulasi yang dihasilkan oleh Kementerian Kesehatan.

c. Kebijakan mutasi keluar pegawai termasuk PPNPN menyebabkan beban kerja meningkat

d. Efisiensi dan Refocussing Anggaran

Adanya kebijakan Kemenkeu pada bulan Januari 2024 yaitu efisiensi anggaran berupa Automatic Adjustment (AA) yang cukup besar pada kegiatan Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan, termasuk untuk kegiatan prioritas nasional.

e. Tugas Tambahan

1. Pelaksana Studi Riset Bidang Kesehatan

Dalam menunjang program transformasi kesehatan, perlu untuk menetapkan pelaksana studi riset bidang kesehatan pada unit kerja yang sesuai dengan sifat tugas dan fungsinya. Berdasarkan hal tersebut maka diterbitkan KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1160/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan Sebagai Pelaksana Studi Riset Bidang Kesehatan. Pada KMK tersebut dijelaskan bahwa Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan sebagai pelaksana studi dan riset bidang kesehatan mempunyai tugas:

- a. Melaksanakan kegiatan Kohort Penyakit Tidak Menular (PTM)
- b. Melaksanakan kegiatan Studi Status Gizi Indonesia (SSGI)
- c. Melaksanakan kegiatan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)

- d. Menyampaikan laporan berkala setiap 6 (enam) bulan dan/atau laporan sewaktu-waktu kepada Menteri Kesehatan melalui Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Tahun 2024 ini dilakukan pelaksanaan kegiatan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI). Landasan hukum perlunya pelaksanaan SSGI adalah Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN 2020-2024 bahwa masalah kematian ibu dan stunting merupakan Major Project nasional. Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2021 mengamanahkan percepatan penurunan stunting pada Balita. Komitmen pemerintah dengan capaian *Sustainable Development Goal's* (SDG's) tujuan kedua yaitu *zero hunger* serta surat Sekretariat Wakil Presiden (Setwapres) Nomor B.504/s.b.01.01/07/2019 tentang melaporkan hasil proyek *Investment in Nutrition and Early Years* (INEY) di bawah koordinasi SetWapres. Salah satu program yang disepakati dalam *Disbursement Linked Indicators* (DLI) adalah adanya kewajiban publikasi data stunting tahunan menurut Kabupaten/Kota.

Kebijakan dan Strategi Percepatan Penurunan Stunting di Indonesia menyatakan bahwa sasaran percepatan penurunan stunting adalah tersedianya layanan intervensi spesifik dan tersedianya layanan intervensi sensitif. Indikator antara percepatan penurunan stunting layanan intervensi spesifik meliputi: ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK), ibu hamil yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah, remaja putri yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah, bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, anak usia 6-23 bulan mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), balita gizi buruk yang mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk, balita dipantau pertumbuhan dan perkembangannya, balita gizi kurang yang mendapat tambahan asupan gizi, dan balita yang memperoleh imunisasi dasar lengkap.

Indikator antara percepatan penurunan stunting layanan intervensi sensitif meliputi: pelayanan Keluarga Berencana (KB) pascapersalinan, kehamilan yang tidak diinginkan, calon Pasangan Usia Subur (PUS) yang memperoleh pemeriksaan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan nikah, rumah tangga yang mendapatkan akses air minum layak, rumah tangga yang mendapatkan akses sanitasi layak, Bantuan Jaminan Nasional, keluarga berisiko stunting yang memperoleh pendampingan, keluarga miskin dan rentan yang memperoleh bantuan tunai bersyarat, sasaran yang memiliki pemahaman yang baik tentang stunting, keluarga miskin dan rentan menerima bantuan sosial pangan, serta desa/kelurahan stop Buang Air, Besar Sembarangan (BABS) atau *Open Defecation Free* (ODF).

Pelaksanaan SSGI 2024 bertujuan untuk mengetahui gambaran status gizi balita stunting, *wasting*, *underweight* dan *overweight* serta capaian target antara melalui pengukuran indikator sasaran intervensi spesifik dan sensitif.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara untuk mengukur faktor determinan status gizi Balita dan pengukuran antropometri Balita (Berat Badan, Panjang/Tinggi Badan dan Lingkar Lengan Atas/LiLA) dan Ibu Balita (Berat Badan dan Tinggi Badan). Estimasi lama pengumpulan data per rumah tangga yaitu 60 menit. Hasil SSGI ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pengambil kebijakan dalam mengevaluasi upaya percepatan penanggulangan stunting, *wasting*, *underweight*, dan *overweight* pada Balita di Indonesia.

2. Uji Klinis Vaksin Covid-19

Vaksin Merah Putih merupakan produk vaksin dalam negeri hasil kolaborasi Universitas Airlangga (UNAIR) dan PT Biotis Pharmaceuticals Indonesia. Sejak bulan September 2020, Presiden RI telah memberi nama Inavac bagi Vaksin Merah Putih platform Unair Inactivated Virus Vaccine.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No. HK.01.07/MENKES/1162/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan sebagai Koordinator Penyelenggaraan Uji Klinik Vaksin, Kepala Pusjak Upaya Kesehatan mengkoordinasikan kegiatan uji klinik vaksin mulai tahap persiapan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pada tahun 2021, kegiatan Uji Klinis Vaksin Merah Putih Platform Inactivated Virus Covid19 UNAIR-PT Biotis telah dianggarkan melalui dana BA-BUN. Namun, kegiatan Uji klinis fase 1 yang sedianya akan dilaksanakan pada tahun 2021 ternyata tidak dapat dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan karena masih menunggu persyaratan Persetujuan Pelaksanaan Uji Klinik (PPUK) BPOM.

Salah satu kebijakan WHO dalam upaya mengakhiri kedaruratan Covid-19 adalah meningkatkan cakupan vaksinasi terutama kelompok rentan. Hingga Oktober 2022, cakupan vaksinasi dosis primer dan vaksinasi booster belum mencapai target pada > 50 % provinsi di Indonesia. Beberapa studi literatur menunjukkan bahwa vaksin inactivated-virus bermanfaat dalam menurunkan kejadian terpapar Covid-19, rawat inap, derajat keparahan dan kematian pada varian Delta dan Omicron setelah pemberian dosis primer lengkap maupun booster. Pada tanggal 5 Februari 2022 PPUK sudah dikeluarkan dan rekrutmen subyek pertama telah dimulai pada tanggal 8 Februari 2022.

Uji Klinik Vaksin Merah Putih diawali dengan uji Fase 1-2 pada manusia dewasa telah dilaksanakan pada total 495 relawan Dimana hasil uji klinik dari pengembangan INAVAC sebagai vaksin primer menunjukkan keamanan dan efektivitas yang baik pada sasaran usia ≥ 18 tahun dengan adanya peningkatan titer antibodi serta ratio titer antibodi antara vaksin baru (INAVAC) dibanding vaksin pembandingnya (Coronavac) memiliki hasil sesuai ketentuan WHO.

Uji Klinik Vaksin Merah Putih Fase 3 pada 4005 relawan yang telah dilaksanakan sejak Juni 2022 secara multicenter, bertujuan untuk menguji efektivitas vaksin ini pada skala besar (populasi). Ketiga Fase Uji Klinik Primer ini menunjukkan potensi pengembangan penggunaan Vaksin Merah Putih pada remaja serta sebagai vaksin booster. Uji Klinik Vaksin Merah Putih Booster Heterolog Dewasa telah dilaksanakan sejak September 2022 pada 350 relawan. Pengujian INAVAC sebagai vaksin booster heterolog pada usia ≥ 18 tahun menunjukkan hasil yang baik dengan adanya peningkatan titer antibody > 4 kali lipat dari titer awal serta ratio vaksin INAVAC dibanding vaksin pembanding (Coronavac) > 0.67 . Potensi INAVAC dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan cakupan vaksinasi dosis primer dan booster pada dewasa dan lansia. Pada tanggal 7 November 2022, Emergency Use Authorization (EUA) Inavac telah dikeluarkan oleh BPOM untuk Vaksin Primer dan selanjutnya EUA Booster Heterolog Dewasa diperoleh pada tanggal 14 November 2022.

Pengembangan INAVAC lebih lanjut telah dilakukan melalui pembuktian ilmiah pada sasaran remaja dan serta booster homolog usia ≥ 18 tahun. Pada tahun 2023-2024 dilakukan serangkaian uji klinik Vaksin Inavac yaitu Remaja Primer Fase 3, Booster Heterolog Remaja, dan Booster Homolog Dewasa.

Uji Klinik INAVAC sebagai vaksin primer Fase 3 untuk kelompok remaja berhasil dilakukan pada 236 relawan dan sebagai booster heterolog dilakukan pada 350 relawan. Sementara itu uji klinik INAVAC sebagai booster homolog dewasa dilakukan pada 400 relawan. Hasil uji imunogenitas vaksin INAVAC sebagai vaksin primer dan booster heterolog pada kelompok remaja menunjukkan peningkatan titer antibodi hampir 2 kali lipat pada 1 bulan setelah dosis kedua dibandingkan dengan titer awal. Peningkatan titer antibodi yang signifikan juga masih terlihat sampai 3 bulan setelah dosis kedua.

Keseluruhan Uji Klinis Vaksin Inavac pada Dewasa dan Remaja ini berakhir pada 31 Desember 2024. Vaksin INAVAC terbukti aman dan bermanfaat pada kelompok remaja dan dewasa, baik sebagai vaksin primer, vaksin booster heterolog maupun vaksin booster homolog. Upaya pengembangan dan pemanfaatan vaksin buatan dalam negeri, salah satunya INAVAC, akan berpotensi mencegah, mengurangi kejadian rawat inap serta kematian karena COVID-19. Vaksin INAVAC menjadi titik balik dalam mewujudkan kemandirian vaksin yang aman dan berkhasiat.

G. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 -2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
4. Undang-Undang Kesehatan No 17 Tahun 2023;
5. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2021 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun 2022 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6735);
6. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
7. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 80);
8. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 10);
9. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 96);
11. Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1842);
12. Peraturan Menteri Peraturan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 1 Tahun 2017 tentang Pedoman Evaluasi Pembangunan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 313);
13. Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1569);
14. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran Atas Pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga;

15. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2416/Menkes.XIII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 No 156);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kemenkes Tahun 2022-2024 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 No 461);
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1332/2022 tentang Uraian Tugas dan Fungsi Organisasi Kementerian Kesehatan dan Pembentukan Tim Kerja dalam Pelaksanaan Tugas dan Fungsi Organisasi.

H. SISTEMATIKA

Laporan Kinerja menggambarkan pencapaian kinerja Pusjak Upaya Kesehatan. Sistematika penyusunan Laporan Kinerja adalah sebagai berikut :

- | | |
|---------|--|
| Bab I | Pendahuluan dan Analisis Situasi, menjelaskan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (<i>strategic issued</i>) yg sedang dihadapi organisasi. Pada bab ini terdiri Latar Belakang, Analisis Situasi 2024, Maksud dan Tujuan, Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi, Sumber Daya Manusia, dan Sistematika |
| Bab II | Perencanaan Kinerja, menjelaskan ikhtisar beberapa hal yang penting di dalam perencanaan dan perjanjian kinerja tahun yang bersangkutan. Bab ini terdiri dari Rencana Strategis 2020-2024, Sasaran Strategis, dan Perjanjian Kinerja. |
| Bab III | Akuntabilitas Kinerja, menjelaskan mengenai pengukuran kinerja, evaluasi kinerja dan analisis akuntabilitas, termasuk menguraikan secara sistematis keberhasilan dan kegagalan, hambatan/kendala dan permasalahan yang dihadapi, serta solusi yang digunakan dalam mengatasi hambatan tersebut. Dalam bab ini juga menggambarkan sumber daya yang mendukung dalam pencapaian kinerja. Pada bab ini berisi tentang Capaian Indikator Kinerja, Realisasi Anggaran, dan Analisis Efisiensi Sumber Daya. |
| Bab IV | Penutup, menjelaskan secara umum tentang keberhasilan dan kegagalan, permasalahan dan kendala utama yang berkaitan dengan kinerja serta strategi pemecahan masalah yang akan dilaksanakan di tahun mendatang. |

Lampiran – Lampiran

BAB 2

PERENCANAAN KINERJA

PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN

A. RENCANA STRATEGIS TAHUN 2020-2024

Arah kebijakan Kementerian Kesehatan sampai dengan 2024 merupakan penjabaran lebih lanjut dari arah kebijakan nasional dengan memperhatikan lingkungan kewenangan yang dimiliki oleh Kementerian Kesehatan. Arah kebijakan Kementerian Kesehatan menggambarkan perubahan cara dan lingkup kerja Kementerian ke depan, baik dalam bidang kesehatan maupun bidang lainnya yang mempengaruhi kesehatan. Arah kebijakan Kementerian Kesehatan sejalan dengan transformasi kesehatan, yaitu dengan rumusan “Menguatkan sistem kesehatan dengan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (Primary Health Care), melalui penyediaan pelayanan kesehatan primer dan sekunder yang berkualitas, sistem ketahanan kesehatan yang Tangguh, SDM kesehatan yang kompeten, sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, serta penyelenggaraan kesehatan dengan tata Kelola pemerintahan yang baik, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi”.

Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 merupakan dokumen perencanaan yang didalamnya memuat program Pembangunan Kesehatan yang akan dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan. Renstra ini disusun agar arah kebijakan pelaku pembangunan Kesehatan searah dengan tujuan pembangunan nasional.

Penyusunan Renstra Kementerian Kesehatan dilaksanakan melalui pendekatan ilmiah (teknokratik), politik, partisipatif, atas-bawah (*top-down*), dan bawah-atas (*bottom-up*). Ketiganya akan menghasilkan dokumen Rancangan Teknokratik, Rancangan Renstra dan Dokumen Renstra yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri. Melalui ketiga proses tersebut, maka penyusunan Renstra Kementerian Kesehatan menggunakan pendekatan teknokratik, mengacu pada RPJMN serta mempertimbangkan pembagian tugas dengan pemerintah daerah dan kementerian/Lembaga lain terkait.

Pada Undang-undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara pasal 11, salah satu fungsi dari Kementerian Kesehatan adalah perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan

pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian alat kesehatan, dan tenaga kesehatan.

Dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025, disebutkan bahwa Pembangunan Kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat Kesehatan Masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi Pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Visi dan Misi Kementerian Kesehatan yang tertuang dalam Renstra mengikuti Visi Presiden yaitu “Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong Royong”. Untuk mendukung pelaksanaan Visi Presiden 2020-2024, Kementerian Kesehatan menjabarkan di bidang Kesehatan yaitu menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan.

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

1. Meningkatkan kesehatan reproduksi ibu, anak dan remaja;
2. Perbaikan gizi Masyarakat;
3. Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit;
4. Pembudayaan GERMAS;
5. Memperkuat sistem kesehatan.

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

1. Terwujudnya pelayanan kesehatan primer dan komprehensif dan berkualitas, serta penguatan pemberdayaan masyarakat;
2. Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas;
3. Terciptanya sistem ketahanan yang tangguh;
4. Terciptanya sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan;
5. Terpenuhinya SDM kesehatan yang kompeten dan berkeadilan;
6. Terbangunnya tata kelola, inovasi dan teknologi kesehatan yang berkualitas dan efektif.

B. SASARAN STRATEGIS

Berdasarkan Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2022-2024, disebutkan bahwa terdapat 6 (enam) tujuan dan 15 sasaran strategis yang akan dicapai oleh Kementerian Kesehatan dalam kurun waktu 5 (lima) tahun. Pusjak Upaya Kesehatan mendukung tujuan ke 6 (enam) yaitu terbangunnya Tata Kelola, Inovasi dan Teknologi Kesehatan yang

Berkualitas dan Efektif dan untuk sasaran strategis mendukung sasaran ke 16 yaitu Meningkatkan Kebijakan Kesehatan berbasis bukti. Untuk mendukung sasaran strategis Kementerian Kesehatan, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) menjabarkan ke dalam sasaran strategis dan indikator sasaran strategis BKPK dan yang nantinya akan di jabarkan ke dalam sasaran dan indikator kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan. Rincian Indikator Sasaran Strategis BKPK dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1 Sasaran Strategis dan Indikator Sasaran Strategis BKPK

No	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis
1	Terpenuhinya pembiayaan Kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif	Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan
2	Menguatnya pembiayaan Kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>Universal Health Coverage</i> (UHC)	Proporsi <i>Out of Pocket</i> (OOP) terhadap total belanja Kesehatan
3	Meningkatnya kebijakan Kesehatan berbasis bukti	Persentase kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan

Dari sasaran strategis di atas, Pusjak Upaya Kesehatan mendukung sasaran strategis BKPK ke 3 (tiga) yaitu meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti. Pusjak Upaya Kesehatan sebagai unit kerja mempunyai 5 (lima) Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), yaitu:

1. Persentase keputusan atau peraturan diatas Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti.
2. Persentase keputusan atau Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti.
3. Persentase keputusan atau peraturan dibawah Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti.
4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang upaya kesehatan
5. Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan.

Pada pelaksanaan program kebijakan pembangunan kesehatan, kegiatan yang dilaksanakan oleh Pusjak Upaya Kesehatan adalah perumusan kebijakan bidang upaya kesehatan, dengan sasaran kegiatan adalah meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti. Rincian Perencanaan kinerja Pusjak Upaya Kesehatan dalam dokumen Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2022-2024, tercantum pada tabel berikut:

Tabel 2.2 Perencanaan kinerja Pusjak Upaya Kesehatan dalam dokumen Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2022-2024

Program/Kegiatan	Sasaran/Indikator	Target (%)		
		2022	2024	2024
Kegiatan Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan	Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti			
	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	50	75	100
	2. Persentase keputusan atau Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	50	75	100
	3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	50	75	100
	4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	50	80	100
	5. Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	20	50	100

C. PERJANJIAN KINERJA

Berdasarkan Permenpan RB No. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, Perjanjian kinerja adalah lembar/dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Melalui perjanjian kinerja, dapat tercapai komitmen penerima amanah serta kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia.

Perjanjian kinerja disusun bertujuan:

- Sebagai wujud nyata komitmen antara penerima dan pemberi amanah untuk meningkatkan integritas, akuntabilitas, transparansi, dan kinerja aparatur;
- Menciptakan tolak ukur kinerja sebagai dasar evaluasi kinerja aparatur;
- Sebagai dasar penilaian keberhasilan/kegagalan pencapaian tujuan dan sasaran organisasi dan sebagai dasar pemberian penghargaan dan sanksi;
- Sebagai dasar bagi pemberi amanah untuk melakukan monitoring, evaluasi dan supervisi atas perkembangan/kemajuan kinerja penerima amanah;
- Sebagai dasar dalam penetapan sasaran kinerja pegawai.

Perjanjian Kinerja disusun dengan mempertimbangkan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2022-2024. Pada awal tahun 2024 telah ditetapkan Perjanjian Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan sebagai penjabaran atas sasaran kegiatan yang ingin dicapai. Perjanjian kinerja Pusjak Upaya Kesehatan merupakan dokumen kinerja yang diperjanjikan antara Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan dan Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan yang berisi Indikator Kinerja Kegiatan (IKK). Perjanjian Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024 lebih lanjut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.3 Penetapan Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024

Sasaran Program/Kegiatan	Indikator	Target
Meningkatnya Kebijakan Upaya Kesehatan Berbasis Bukti	Persentase keputusan atau peraturan di atas Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100
	Persentase keputusan atau Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100
	Persentase keputusan atau peraturan di bawah Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100
	Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	100
	Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	100
Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	Persentase realisasi anggaran BKPK	95

BAB 3

AKUNTABILITAS KINERJA



Sesuai dengan Permenpan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, Akuntabilitas merupakan kewajiban memberikan pertanggung jawaban atau untuk menjawab dan menerangkan kinerja dan tindakan penyelenggara organisasi kepada pihak yang memiliki hak atau berkewenangan untuk meminta keterangan atau pertanggung jawaban. Akuntabilitas kinerja merupakan perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan program dan kegiatan. Pusjak Upaya Kesehatan selaku pengemban Amanah, maka wajib menyajikan Laporan Kinerja.

Laporan kinerja merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran. Hal terpenting yang diperlukan dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran kinerja dan evaluasi serta pengungkapan secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran kinerja.

A. CAPAIAN INDIKATOR KINERJA

Indikator kinerja merupakan ukuran keberhasilan yang menggambarkan terwujudnya kinerja, tercapainya hasil program dan hasil kegiatan. Indikator kinerja harus memenuhi kriteria spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, relevan, dan sesuai dengan kurun waktu tertentu sesuai dengan Permenpan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah,

Sasaran kegiatan Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan adalah meningkatnya kebijakan upaya Kesehatan berbasis bukti sesuai dengan Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Pusjak Upaya Kesehatan melakukan pengukuran tingkat capaian kinerja dengan cara membandingkan antara target dengan realisasi masing-masing indikator kinerja. Capaian kinerja kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan tahun 2024 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.1 Capaian Indikator Kinerja Kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	%
Meningkatnya kebijakan Upaya Kesehatan berbasis bukti	Persentase keputusan atau peraturan di atas Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100
	Persentase keputusan atau Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100
	Persentase keputusan atau peraturan di bawah Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100
	Persentase kebijakan Kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	100	100	100
	Persentase Kabupaten/ Kota yang mengadopsi Kebijakan Transformasi Kesehatan	100	100	100

Analisis pencapaian kinerja masing-masing capaian indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan, sebagai berikut:

1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti

a. Definisi Operasional, Cara Perhitungan dan Capaian Output

Menurut Pedoman Monitoring dan Evaluasi BKPK Tahun 2022, definisi operasional indikator kinerja ini adalah persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun sesuai kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan).

Cara perhitungan dari indikator kinerja ini yaitu jumlah keputusan atau peraturan di atas menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan) dibagi seluruh keputusan atau peraturan di atas Menteri pada tahun yang sama dikali 100. Regulasi ataupun kebijakan yang dimaksud yaitu keputusan atau

peraturan di atas Menteri tahun 2024 terkait dengan upaya kesehatan yang disusun sesuai kaidah penyusunan formulasi kebijakan.

Pada tahun 2024 capaian indikator persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai sesuai dengan target. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.2 Capaian Indikator Kinerja Persentase Keputusan atau Peraturan di atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	%
Meningkatnya kebijakan Upaya Kesehatan berbasis bukti	Persentase keputusan atau peraturan di atas Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100

Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan di atas Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti, dari target 100% diperoleh capaian 100% dengan persentase capaian sebesar 100%. Dari hasil assessmen dengan menggunakan instrumen pengukuran Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dan Indikator Kinerja Program (IKP) Renstra Kemenkes terhadap 1 (satu) keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang mempunyai skor sama dengan atau lebih besar dari 65.

Tabel 3.3 Keputusan atau Peraturan di atas Peraturan Menteri

No	Jenis	Nomor	Tahun	Tentang	Nilai
1	Peraturan Pemerintah (PP)	28	2024	Pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	89,1

b. Analisa keberhasilan

Faktor keberhasilan dalam pencapaian target indikator kinerja ini adanya dukungan dari Tim Kerja Hukum dan Strategi Kebijakan Sekretariat BPKP yang sudah membantu memfasilitasi dalam mencapai target indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan.

c. Kendala yang dihadapi

Dalam mencapai target indikator kinerja kendala yang dihadapi yaitu pencapaian target bergantung pada hasil identifikasi keputusan atau peraturan di atas Menteri yang terkait dengan upaya kesehatan.

d. Tindak lanjut

Tindak lanjut yang dilakukan untuk menghadapi kendala tersebut adalah melakukan koordinasi dan komunikasi dengan tim kerja Hukum dan Strategi Kebijakan.

2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti

a. Definisi Operasional, Cara Perhitungan dan Capaian Output

Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti mempunyai definisi operasional persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan).

Cara perhitungan pada indikator ini yaitu jumlah keputusan atau peraturan Menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan) dibagi seluruh keputusan atau peraturan Menteri pada tahun yang sama dikali 100. Keputusan atau peraturan yang dimaksud adalah keputusan atau Peraturan Menteri tahun 2024 terkait dengan Upaya Kesehatan.

Pada tahun 2024 capaian indikator persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai sesuai dengan target. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.4 Capaian Indikator Kinerja Persentase Keputusan atau Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	%
Meningkatnya kebijakan Upaya Kesehatan berbasis bukti	Persentase keputusan atau Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100

Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai sebesar 100%, dengan capaian 100% dari target 100%. Dari hasil assessment menggunakan instrumen Pengukuran Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dan Indikator Kinerja Program (IKP) Renstra Kemenkes terhadap 3 (tiga) regulasi terkait bidang Upaya Kesehatan, yaitu peraturan atau keputusan Menteri Kesehatan adalah semua mempunyai skor sama dengan atau lebih besar dari 65.

Tabel 3.5 Keputusan atau Peraturan Menteri

No	Jenis	Nomor	Tahun	Tentang	Nilai
1	Keputusan Menteri Kesehatan	HK.01.07/MENKE S/1645/2024	2024	Rujuk Balik Penyakit Kronis ke Fasilitas Pelayanan	76,2

No	Jenis	Nomor	Tahun	Tentang	Nilai
				Kesehatan Tingkat Pertama	
2	Keputusan Menteri Kesehatan	HK.01.07/MENKE S/ 109/2024	2024	Jenis dan Jadwal Imunisasi Program	71,4
3	Keputusan Menteri Kesehatan	HK.01.07- MENKES-1341- 2024	2024	Produk Terapi Gizi bagi Balita Gizi Buruk	84,6

b. Analisa keberhasilan

Faktor keberhasilan dalam pencapaian target indikator kinerja ini adanya dukungan dari Tim Kerja Hukum dan Strategi Kebijakan Sekretariat BKPK yang sudah membantu memfasilitasi dalam mencapai target indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan.

c. Kendala yang dihadapi

Pencapaian target indikator kinerja ini menghadapi beberapa kendala, sebagai berikut:

- 1) Unit utama (Ditjen Kesmas, Ditjen P2P, Ditjen Yankes) belum memahami cara mengisi instrumen penilaian sehingga sedikit sulit meminta unit utama untuk mengisi instrumen.
- 2) Tidak mudah meminta data dukung yang berkaitan dengan keputusan atau peraturan terkait karena satu peraturan atau keputusan melibatkan beberapa unit utama teknis.

d. Tindak Lanjut

Berkoordinasi dengan unit utama (Ditjen Kesmas, Ditjen P2P, Ditjen Yankes) dalam hal pengisian instrumen penilaian dan melakukan pendampingan.

3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti

a. Definisi Operasional, Cara Perhitungan dan Capaian Output

Definisi operasional persentase keputusan atau peraturan dibawah Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti adalah persentase keputusan atau peraturan di bawah Peraturan Menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses fomulasi kebijakan).

Cara perhitungan indikator kinerja ini yaitu jumlah keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan) dibagi seluruh keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri oada tahun yang sama dikali 100. Keputusan atau peraturan yang dimaksud adalah

keputusan atau peraturan dibawah Menteri tahun 2024 yang terkait dengan upaya Kesehatan.

Pada tahun 2024 capaian indikator persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai sesuai dengan target. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.6 Capaian Indikator Kinerja Persentase Keputusan atau Peraturan di bawah Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	%
Meningkatnya kebijakan Upaya Kesehatan berbasis bukti	Persentase keputusan atau peraturan di bawah Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100

Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan di bawah Peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai sebesar 100%, dengan capaian 100% dari target 100%. Dari hasil revidu menggunakan instrumen Pengukuran Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dan Indikator Kinerja Program (IKP) Renstra Kemenkes terhadap 1 (satu) regulasi terkait bidang Upaya Kesehatan, yaitu peraturan dibawah Menteri Kesehatan, seperti keputusan atau surat edaran Direktorat Jenderal adalah semua mempunyai skor sama dengan atau lebih besar dari 65 (katategori baik).

Tabel 3.7 Keputusan atau Peraturan di bawah Peraturan Menteri

No	Jenis	Nomor	Tahun	Tentang	Niai
1	Surat Edaran (SE)	HK.02.01-MENKES-133-2024	2024	Dukungan Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan pada Pemilihan Umum dan Pemilihan Kepala Daerah Tahun 2024	81,0

b. Analisa keberhasilan

Faktor keberhasilan dalam pencapaian target indikator kinerja ini adanya dukungan dari Tim Kerja Hukum dan Strategi Kebijakan Sekretariat BKPK yang sudah membantu memfasilitasi dalam mencapai target indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan.

c. Kendala yang dihadapi

Untuk target indikator kinerja ini menghadapi beberapa kendala, sebagai berikut:

- 1) Unit utama (Ditjen Kesmas, Ditjen P2P, Ditjen Yankes) belum memahami cara mengisi instrumen penilaian sehingga sedikit sulit meminta unit utama untuk mengisi instrumen.
 - 2) Tidak mudah meminta data dukung yang berkaitan dengan keputusan atau peraturan terkait karena satu peraturan atau keputusan melibatkan beberapa unit utama teknis.
- d. Tindak lanjut
- Berkoordinasi dengan unit utama terkait (Ditjen Kesmas, Ditjen P2P, Ditjen Yankes) dalam hal pengisian instrumen penilaian dan melakukan pendampingan.

4. Persentase Kebijakan Kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan

a. Definisi Operasional, Cara Perhitungan dan Capaian Output

Definisi operasional persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang upaya kesehatan adalah persentase kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang dirumuskan dari rekomendasi hasil kajian yang dihasilkan BKPK.

Cara perhitungan untuk indikator kinerja persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan adalah jumlah kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun sebelumnya (T-1) yang dirumuskan dari rekomendasi hasil kajian yang dihasilkan BKPK dibagi dengan total jumlah kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan pada tahun sebelumnya (T-1) dikali 100.

Pada tahun 2024 capaian indikator persentase Kebijakan Kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan tercapai sesuai dengan target. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.8 Capaian Indikator Kinerja Persentase Kebijakan Kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	%
Meningkatnya kebijakan Upaya Kesehatan berbasis bukti	Persentase kebijakan Kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	100	100	100

Tabel 3.9 Kebijakan Kesehatan Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Upaya Kesehatan

No	Jenis	Nomor	Tahun	Tentang	Nilai
1	Undang-Undang	17	2023	Kesehatan	95,7
2	Surat Edaran (SE) Ditjen P2P	HK.02.02-C-380-2023	2023	Vaksinasi Covid-19 Dosis Booster ke 2 bagi Kelompok Masyarakat Umum	77,5

Indikator Persentase Kebijakan Kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan, tercapai sebesar 100%, dengan capaian 100% dari target 100%.

b. Analisa keberhasilan

Faktor keberhasilan dalam pencapaian target indikator kinerja ini adanya dukungan dari Tim Kerja Hukum dan Strategi Kebijakan Sekretariat BPKP yang sudah membantu memfasilitasi dalam mencapai target indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan.

c. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian target kinerja pada indikator ini, mengalami kendala, yaitu dalam menelusuri kajian atau rekomendasi kebijakan serta data dukung yang berkaitan termasuk pengawalan proses rekomendasi kebijakan hingga menjadi regulasi.

d. Tindak lanjut

Tindak lanjut yang dilakukan untuk menghadapi kendala tersebut adalah menelusuri kembali kajian atau rekomendasi kebijakan yang dihasilkan terkait upaya kesehatan.

5. Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi Kebijakan Transformasi Kesehatan

a. Definisi Operasional, Cara Perhitungan dan Capaian Output

Definisi Operasional persentase Kabupten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan adalah persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan kebijakan transformasi kesehatan pada satu tahun anggaran.

Cara perhitungan untuk indikator kinerja persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan adalah jumlah Kabupaten/Kota yang melaksanakan kebijakan transformasi kesehatan dibagi seluruh Kabupaten/Kota dikali 100.

Pada tahun 2024 capaian indikator persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi Kebijakan Transformasi Kesehatan tercapai sesuai dengan target. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.10 Capaian Indikator Kinerja Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi Kebijakan Transformasi Kesehatan

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	%
Meningkatnya kebijakan Upaya Kesehatan berbasis bukti	Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi Kebijakan Transformasi Kesehatan	100	100	100

Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Mengadopsi Kebijakan Transformasi Kesehatan, tercapai sebesar 100%, dengan capaian 100% dari target 100%. Puskas Upaya Kesehatan berada pada area kebijakan di Pilar Transformasi Layanan Primer dan Pilar Transformasi Layanan Rujukan. Dari hasil analisis, diperoleh bahwa:

- a. Sebanyak 514 Kab/Kota telah melaksanakan adopsi kebijakan pilar layanan primer. tetapi masih terdapat 0,6% (3/514) Dinkes Kab/kota yang adopsi kebijakannya masih dalam tahap perencanaan. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.11 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang Mengadopsi Kebijakan Layanan Primer Tahun 2024

Pemahaman Dinkes Kab/Kota	Adopsi pilar Layanan Primer		Total
	Tidak	Ya	
Perencanaan	3	0	3
Pelaksanaan	0	511	511
Total	3	511	514

- b. Sebanyak 514 Dinkes kabupaten/kota telah melaksanakan adopsi kebijakan pilar Layanan Rujukan, dan masih terdapat 6,4% (33/514) Dinkes Kab/kota yang adopsi kebijakannya masih dalam tahap perencanaan. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.12 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang Mengadopsi Kebijakan Layanan Rujukan Tahun 2024

Pemahaman Dinkes Kab/Kota	Adopsi pilar Layanan Rujukan		Total
	Tidak	Ya	
Perencanaan	33	0	33
Pelaksanaan	0	481	481
Total	33	481	514

- b. Analisa keberhasilan
Faktor keberhasilan dalam pencapaian target indikator kinerja ini adanya dukungan dari Tim Pembinaan Wilayah Sekretariat BKPK masuk ke dalam Tim Kerja Manajemen Implementasi Kebijakan Sekretariat BKPK yang sudah membantu memfasilitasi dalam mencapai target indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan
- c. Kendala yang dihadapi
Kendala yang dihadapi dalam mencapai target indikator terkait yaitu Kabupaten/Kota belum memahami cara mengisi instrumen penilaian sehingga jumlah Kabupaten/Kota yang mengisi instrumen tidak maksimal
- d. Tindak lanjut
1. Menyelenggarakan pertemuan hybrid dengan mengundang Dinas Provinsi dan Dinas Kabupaten/Kota yang menjadi tanggung jawab Pusjak Upaya Kesehatan dengan tujuan melakukan pendampingan pengisian instrumen yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 2. Bekerja sama antara tim IKK, tim monitoring dan tim perencanaan evaluasi sehingga proses pengisian dan pengumpulan instrumen dinas kesehatan kabupaten kota dapat berjalan dengan lancar.

Telaah atau Rekomendasi Kebijakan yang dihasilkan Pusjak Upaya Kesehatan pada tahun 2024, tercantum pada tabel dibawah ini.

Tabel 3.13. Rekomendasi Kebijakan Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024

No	Judul Kajian	Judul Telaah / Rekomendasi Kebijakan	Sumber Dana
1	Evaluasi Implementasi Pengukuran dan Pelaporan INM di Puskesmas	Peningkatan Peran Dinas Kesehatan dalam Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu Puskesmas	DIPA BKPK
2	Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas	Bagaimana Kesehatan Lansia di Indonesia? Permasalahan, Tantangan dan Kebutuhan	DIPA BKPK
3	Penguatan Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Labkesmas)	Penguatan Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Labkesmas)	DIPA BKPK
4	Kajian Evaluasi Kebijakan Jejaring Rujukan Kanker, Jantungm Stroke dan Uronefrologi (KJSU)	Lika-Liku Pemenuhan SDM Kesehatan Layanan Kanker, Kardiovaskular, Stroke dan Uronefrologi	DIPA BKPK

No	Judul Kajian	Judul Telaah / Rekomendasi Kebijakan	Sumber Dana
5	Penguatan Pelayanan Imunisasi	Penguatan Cara Penetapan Sasaran Untuk Program Imunisasi Nasional	DIPA BKPK
6	Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia	Temukan Kass TBC Menuju Eliminasi 2030	DIPA BKPK
7	Kebijakan Hasil Pelaksanaan Studi Inventori Tuberkulosis 2023-2024	Menggandeng Fasyankes Swasta untuk Meningkatkan Notifikasi Kasus TBC TBC Anak Terabaikan: Tingginya Tingkat Underreporting Pada Usia <15 Tahun	DIPA P2P
8	Strategi Peningkatan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut dalam Rangka Bebas Karies 2030	Rencana Aksi Nasional Kesehatan Gigi dan Mulut Indonesia 2025-2030 (Draft Narasi)	DIPA BKPK
9	Pengembangan Model Prediksi atau Skoring Penyakit Tidak Menular (PTM) Penyakit Cardiovascular dari Hasil Studi Kohort PTM Kota Bogor Tahun 2022-2021	Hasil Pengembangan Model Prediksi Penyakit Kardiovaskuler dari Studi Kohor PTM 2011-2021	DIPA BKPK

1. PERSIAPAN EVALUASI PENGUKURAN DAN PELAPORAN INDIKATOR NASIONAL MUTU DALAM UPAYA PENINGKATAN KESELAMATAN DAN KUALITAS LAYANAN DI PUSKESMAS

Tujuan Umum dari kajian ini yaitu Memberikan opsi untuk perbaikan kebijakan dan tindakan dalam mengukur indikator mutu (Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Prioritas Puskesmas, Indikator Mutu Pelayanan Puskesmas) lebih efektif.

Tujuan Khusus:

- a. Mengidentifikasi manajemen pencatatan dan pelaporan indikator mutu dalam upaya meningkatkan kualitas yankes di puskesmas melalui review pustaka dan regulasi serta benchmarking.
- b. Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat kepatuhan puskesmas mengisi aplikasi INM secara berkala (pemahaman tim mutu terhadap profil indikator mutu; proses pemilihan, cara pengukuran, validasi, analisis hasil dan tindak lanjut hasil pengukuran indikator mutu serta adanya umpan balik hasil pengukuran INM dari Dinkes kab/kota) serta pelaksanaan siklus PDCA/PDSA jika ada gap dalam pengukuran indikator mutu (FGD Ka.pkm dan PJ mutu)
- c. Mengetahui faktor pendukung dan penghambat peran dalam: pembinaan dan umpan balik terhadap kepatuhan dan hasil verifikasi pengukuran indikator

- mutu puskesmas, serta mapping peningkatan mutu di puskesmas oleh dinkes kab. dan kota (FGD TPCB kab. dan kota);
- d. Mengetahui faktor pendukung dan penghambat dalam: pembinaan dan umpan balik terhadap kepatuhan dan hasil verifikasi pengukuran indikator mutu dinkes, serta mapping peningkatan mutu di dinkes kab. dan kota oleh dinkes provinsi (FGD TPCB provinsi)
 - e. Mengetahui potensi solusi kebijakan yang tepat agar penerapan pengukuran indikator mutu dapat mendukung Upaya peningkatan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien.

Kesimpulan:

Dinkes Provinsi

- a. Menyempurnakan pedoman pembinaan terpadu oleh dinas Kesehatan sesuai dengan aturan yang berlaku
- b. Meningkatkan komitmen TPCB dalam upaya membina puskesmas
- c. Meningkatkan jumlah pelatihan/workshop di tingkat provinsi

Dinkes Kabupaten/Kota

- a. Menyempurnakan pedoman pembinaan terpadu oleh dinas Kesehatan sesuai dengan aturan yang berlaku
- b. Meningkatkan komitmen TPCB dalam upaya membina puskesmas
- c. Meningkatkan jumlah pelatihan/workshop di tingkat kabupaten/kota

Tim Mutu Puskesmas

- a. Menyempurnakan pedoman tatakelola mutu sesuai dengan peraturan yang berlaku
- b. Meningkatkan jumlah pelatihan internal tentang mutu di tingkat puskesmas
- c. Meningkatkan peran TPCB dalam membina puskesmas secara luring dan daring

2. PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA DI PUSKESMAS

Tujuan umum kajian ini yaitu memberikan rekomendasi kebijakan pelayanan kesehatan lansia di Puskesmas

Tujuan Khusus:

1. Mengetahui apakah kebijakan yang telah ada tentang pelayanan kesehatan lansia di Puskesmas telah berjalan dengan baik
2. Mengetahui factor yang mendukung dan menghambat kebijakan tersebut
3. Mengetahui pengembangan kebjakan yang diperlukan untuk memastikan pelayan kesehatan lansia sesuai standar, bermutu, aman dan terjangkau.

Kesimpulan:

1. Pelayanan kesehatan lansia di Puskesmas belum berjalan dengan baik, masih ditemukan masalah kurangnya sumber daya manusia yang terlatih, pembiayaan yang masih terbatas, akses lansia untuk mendapatkan alat bantu belum optimal, system rujukan yang belum mengatur keseluruhan kegiatan pelayanan kesehatan lansia.

2. Faktor-faktor apa yang mendukung diantaranya adalah adanya upaya Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam meningkatkan pelayanan kesehatan lansia. Sedangkan yang menghambat adalah kurangnya perhatian pemerintah dalam pelayanan kesehatan lansia misalnya dengan dibubarkannya Komnas Lansia.
 3. Beberapa alternatif kebijakan yang dapat dilakukan yaitu:
 - a. Direktorat UPL perlu mengeluarkan regulasi mengenai percepatan peningkatan jumlah dan pelatihan kader, peningkatan kegiatan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, peningkatan peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan lansia
 - b. Perlu disusun rencana (*roadmap*) pelatihan bagi tenaga medis, tenaga kesehatan dan kader serta pemetaan sumber biaya kegiatan pelayanan kesehatan lansia
 - c. Pemerintah daerah agar mampu mengidentifikasi dan menyiapkan akses untuk mendapatkannya dan memperbaiki alat bantu lansia
3. KAJIAN EVALUASI KEBIJAKAN JEJARING RUJUKAN KANKER, JANTUNG STROKE DAN URONEFROLOGI (KJSU)

Disparitas ketersediaan SDM Kesehatan antar strata RS dan antar-wilayah pada program jejaring pengampunan KJSU merupakan masalah yang perlu diprioritaskan penyelesaiannya karena memberikan dampak yang simultan, baik terhadap pemenuhan sarana prasarana dan alat Kesehatan (prasyarat dropping alat) serta mempengaruhi pelaksanaan tugas pengampunan (pelaksana pendampingan dan pelatihan). Akar masalah mengerucut pada kurangnya tenaga medis spesialis fellowship, kurangnya minat penempatan dan retensi SDM Kesehatan di daerah konflik dan DTPK, serta jumlah institusi pelatihan khusus terakreditasi yang masih terbatas terutama di wilayah timur Indonesia. Bila tidak segera dicari solusinya akan menghambat pemerataan akses dan kualitas pelayanan di seluruh wilayah Indonesia.

Strategi utama yang bisa dilakukan oleh Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan yaitu dengan cara meningkatkan kolaborasi lintas sektoral terutama dengan RS TNI/Polri melalui pendayagunaan SDM Kesehatan tambahan bagi RS daerah khususnya di wilayah konflik dan DTPK untuk mendukung program RS jejaring pengampunan pelayanan KJSU.

Identifikasi Masalah

1. Kurangnya Pemenuhan dan Pendayagunaan Tenaga Medis Spesialis

Beberapa daerah masih sulit memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan, termasuk spesialis. Padahal adanya dokter spesialis dasar ini menjadi modal untuk langkah selanjutnya, yaitu meningkatkan kompetensi melalui pendidikan subspecialis atau mengikuti fellowship.

Pemenuhan kebutuhan spesialis telah dilakukan melalui penetapan kebijakan rumah sakit yang dapat berfungsi sebagai tempat pendidikan berkelanjutan

dalam bentuk RS Pendidikan utama, afiliasi dan satelit. Namun masih ada sejumlah tantangan yang dihadapi, terutama rumah sakit di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) dalam berjejaring dengan RS Pendidikan Utama. Selain permasalahan produksi juga permasalahan dalam preferensi rekrutmen dokter spesialis yang masih rendah di DTPK. Hal ini dipengaruhi oleh faktor finansial dan faktor non finansial. Faktor finansial yaitu pendapatan bersih yang tinggi menjadi daya tarik dokter spesialis untuk bersedia direkrut oleh RSUD daerah khususnya DTPK. Faktor non finansial diantaranya lama komitmen bertugas, fasilitas transportasi, bantuan studi dan fasilitas tempat tinggal merupakan atribut yang penting dipertimbangkan oleh dokter spesialis di daerah tertinggal (Kemenkes, 2022). Kebijakan yang sudah dilakukan Kemenkes dalam pendayagunaan diantaranya penetapan lama komitmen rata-rata 1 tahun untuk bersedia ditempatkan di daerah tertinggal dan bantuan Program Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis (PPDGS), program bantuan biaya fellowship dan juga program beasiswa Lembaga Penyedia Dana Pendidikan (LPDP) Kemenkeu.

2. Kurangnya Minat dan Retensi SDM Kesehatan di Daerah Konflik dan DTPK

Masalah distribusi tenaga kesehatan masih menjadi salah satu masalah dalam sistem kesehatan sampai saat ini. Indonesia memiliki karakteristik geografis tertentu yang mengakibatkan ketimpangan kondisi sosial ekonomi dan persebaran yang tidak merata, hingga saat ini belum dapat menyelesaikan pemerataan tenaga Kesehatan terutama di daerah tertinggal, daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan (DTPK) serta daerah konflik.

Penyebab ketidakcukupan SDM Kesehatan khususnya di wilayah dan DTPK, yaitu karena minat dan retensi yang kurang untuk mengabdikan diri di daerah tersebut. Hasil asesmen yang dilakukan Kemenkes tahun 2022 di 10 provinsi yang memiliki daerah tertinggal menunjukkan akar masalah dari kondisi tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pendapatan bersih yang rendah, tidak adanya jaminan keamanan, minimnya peluang Program Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB), fasilitas medis di RS yang dibawah standar praktik, lama komitmen bertugas, lokasi penempatan dan sumber insentif. Kurang mampu beradaptasi dengan budaya setempat (culture shock) juga menyebabkan kurangnya retensi dan dapat menyebabkan masalah pada kesejahteraan mental, kinerja, dan kepuasan kerja (Alberti, 2023).

3. Kurangnya Institusi Pelatihan Keterampilan Khusus Terakreditasi

Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan untuk RS jejaring pengampunan pelayanan KJSU terkendala oleh kurangnya institusi pelatihan yang sudah terakreditasi terutama di wilayah timur Indonesia. Berdasarkan data sebaran lokasi institusi pelatihan terakreditasi dari Direktorat Mutu Tenaga Kesehatan (Gambar 3), terlihat kesenjangan yang sangat mencolok antara pulau Jawa

dan pulau besar lainnya. Semakin ke wilayah timur, jumlah institusi pelatihan yang terakreditasi semakin sedikit.

Hal ini menyebabkan kesulitan dalam mengakses pelatihan karena dibutuhkan anggaran perjalanan dan akomodasi yang jauh lebih besar daripada biaya pelatihan dan antrian panjang bagi calon peserta pelatihan. Keterbatasan jumlah pusat pelatihan terjadi akibat sumber daya untuk pemenuhan standar akreditasi pusat pelatihan yang belum bisa dipenuhi.

Pemenuhan kebutuhan akan jumlah dan jenis SDM Kesehatan merupakan masalah pelik yang persisten di Indonesia. Berbagai upaya pengadaan, pemerataan, dan retensi SDM Kesehatan yang sudah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dalam rangka mengatasi kondisi tersebut antara lain:

- a. Pemetaan kebutuhan SDM Kesehatan
- b. Penyediaan program peningkatan kompetensi khusus
- c. Penambahan center dan kuota beasiswa Pendidikan dokter spesialis/subspesialis dan *fellowship* (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2022)
- d. Rekrutmen ASN/PPPK
- e. Melakukan distribusi tenaga medis melalui Program Pendayagunaan Dokter Spesialis (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2019)
- f. Penugasan dokter melalui skema kontrak/honor BLUD (Mengggunakan SIP ataupun Surat Tugas dari Kemenkes)
- g. Program penempatan residen senior (penugasan khusus tenaga Kesehatan) (Keputusan Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Nomor HK.02.02/A/44872/2023)
- h. Penugasan dokter melalui Pendayagunaan Nakes WNI LN/ WNA (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2023)
- i. Pemberian insentif khusus (Pasal 228 dan 229 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023)
- j. Rancangan Perpres perlindungan keamanan named nakes di daerah konflik

WHO telah menyusun strategi global tenaga kesehatan 2030 dan Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan sudah mengacu pada strategi tersebut dalam menetapkan kebijakan nasional terkait SDM Kesehatan. Namun penyediaannya bukan semata-mata menjadi tugas pemerintah pusat. Di era desentralisasi ini, peran dan komitmen pemerintah daerah dalam penyediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan keterampilan khusus KJSU penting dalam keberlangsungan program jejaring pengampunan pelayanan KJSU.

Rekomendasi Kebijakan:

- a. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan perlu meningkatkan kolaborasi lintas sektoral dengan RS TNI/Polri, RS BUMN, dan RS swasta untuk pendayagunaan SDM Kesehatan tambahan bagi RS Daerah dengan cara: 1)

merevisi nota kesepahaman dengan kementerian pertahanan (penambahan klausul Pendidikan PSD-Subspesialis wajib melaksanakan penugasan pasca Pendidikan tidak hanya di RS Kemenhan namun juga di RS Pemerintah dalam jejaring pengampunan pelayanan prioritas; 2) memfasilitasi kerjasama antara RS daerah dengan RS BUMN dan RS swasta.

- b. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan perlu menguatkan program pemberian beasiswa Pendidikan dokter sampai dokter spesialis/subspesialis khususnya bagi putra daerah dengan kontrak yang mengikat untuk mengabdikan di daerah tersebut dalam kurun waktu tertentu (5-10 thn)
- c. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan perlu menambah pusat-pusat pelatihan keterampilan khusus terakreditasi di setiap wilayah, dengan cara percepatan akreditasi pusat pelatihan serta bantuan pendanaan untuk pemenuhan standar akreditasi khususnya di wilayah timur Indonesia.
- d. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan perlu mengadakan workshop peningkatan kapasitas leadership dan manajerial mulai perencanaan sampai monev serta advokasi ke RS-RS daerah untuk mendapatkan komitmen Pemda masing-masing dalam pemrioritasan implementasi program KJSU di RPJMD dan Renja kepala daerah.
- e. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan perlu menambah muatan materi wajib tentang adaptasi kultural pada pembekalan dan orientasi di awal penugasan
- f. Pemerintah Provinsi dengan kemampuan finansial sedang dan tinggi dapat membuat kebijakan seperti Program Bantuan Gubernur untuk membantu kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal rendah untuk memenuhi kriteria jejaring pengampunan pada RSD masing-masing sesuai stratanya

4. Penguatan Pelayanan Imunisasi

Berdasarkan data *Global Burden Disease* IHME tahun 2021, penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi (PD3I) menyumbang hampir 1,8 juta jumlah kematian diseluruh dunia dan sekitar 109 ribu kematian di Indonesia.¹ Namun selama 50 tahun terakhir, pemberian imunisasi menjadi intervensi kesehatan masyarakat yang signifikan dalam mencegah sebanyak 154 juta kasus penyakit menular menurut laporan WHO.²

Dalam pelaksanaan program imunisasi, penentuan jumlah sasaran merupakan tahapan yang krusial untuk perencanaan, perhitungan kebutuhan logistik imunisasi yang mencakup vaksin dan akan mempengaruhi pencapaian atau cakupan program imunisasi. Karena itu kesesuaian dan ketepatan data sasaran imunisasi menjadi hal yang penting.^{3,4}

Namun belakangan ini, beberapa daerah melaporkan bahwa data sasaran yang ditetapkan Pemerintah Pusat dinilai kurang sesuai oleh Pemerintah Daerah. Penetapan sasaran yang kurang sesuai ini antara lain jumlah sasaran yang terlalu tinggi seperti antara lain pada Provinsi DI. Yogyakarta

atau terlalu rendah pada beberapa wilayah di Provinsi Banten dan beberapa provinsi yang menyampaikan secara lisan.⁴ Sebagai contoh ketidaksesuaian data antara data Pusdatin dan data riil pada 5 Kab/Kota di DI. Yogyakarta yang dikumpulkan dari kader sebagai basis perhitungan sasaran Imunisasi pada akhir tahun periode sebelumnya.

Terkait hal ini, beberapa daerah pada saat kegiatan imunisasi melakukan *Rapid Convenience Assessment (RCA)*. Setelah dievaluasi pada daerah yang melakukan RCA sesuai pedoman dan persyaratan yaitu Provinsi Yogyakarta, dilaporkan dengan menyertakan bukti bahwa capaian dalam pelaksanaan imunisasi sudah mencakup semua sasaran riil di wilayah tersebut, yang kurang sesuai dengan sasaran dari Pusdatin yang berlebihan. Berdasarkan hal tersebut, Program Imunisasi melakukan penyesuaian capaian cakupan yang mengacu pada data sasaran yang diperoleh kegiatan RCA di daerah.

Hasil studi sebelumnya terkait evaluasi program Imunisasi DPT di Kota Makassar menyebutkan proses program imunisasi masih kurang baik dengan masalah diantaranya pada bagian penentuan target yang dapat disebabkan karena penentuan target sarannya terlalu rendah. Cakupan Imunisasi DPT tiap tahun memenuhi standar lebih dari 90% dan ada tren cakupan yang meningkat drastis melebihi 100%. Target cakupan imunisasi telah dicapai baik di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota dan di tingkat puskesmas, namun terdapat laporan KLB Difteri berdasarkan hasil surveilans.

Namun mengenai data sasaran yang kurang sesuai tersebut belum dilakukan evaluasi termasuk validasi untuk menindaklanjutinya. Setelah melakukan perbandingan data dengan Dukcapil dan ePPGBM, Pusdatin juga belum memberikan kejelasan ataupun menentukan mekanisme untuk perbaikan atau koreksi atas temuan yang disampaikan daerah.

Ketidaksesuaian data sasaran dapat menjadi penyebab yang mendasari beberapa daerah belum mencapai target cakupan imunisasi atau ada yang jauh melampaui target. Jumlah sasaran merupakan komponen utama dalam perencanaan dan menjadi dasar perhitungan yang akan mempengaruhi penyediaan kebutuhan logistik imunisasi termasuk vaksin. Akibatnya dapat terjadi kelebihan jumlah vaksin yang berdampak pada pemborosan yang merugikan negara atau kekurangan vaksin yang menyebabkan tujuan program imunisasi untuk memberikan kekebalan guna mencegah PD3I tidak tercapai dan dapat terjadi KLB PD3I dimana mana.

Rekomendasi Kebijakan:

1. Pusdatin perlu menggunakan berbagai sumber data lain secara lebih optimal diantaranya data daerah, BPJS, PISPK atau ASIK untuk penetapan sasaran Imunisasi.

- a. Pemanfaatan beragam sumber data tersebut diperlukan sebagai komplementer untuk sinergisasi maupun pembandingan. Sesuai panduan WHO, perlu dilakukan upaya untuk menjaga kualitas dan akurasi data melalui telaah, verifikasi atau validasi dengan membandingkan indikator yang dianalisis antara berbagai sumber.^{7,13}
 - b. Diantaranya data lokal terkait pendataan sasaran di daerah yang dapat digunakan sebagai sumber lain dengan ketentuan dapat dipertanggungjawabkan secara metodologis dan ditetapkan oleh kepala daerah. Diperlukan standar metode atau pedoman sebagai sumber acuan yang diakui dan dapat dipertanggungjawabkan baik untuk data rutin seperti data K1 (kunjungan pertama ANC ibu hamil) ataupun data survei seperti Survei Cepat Komunitas (SCK), *Rapid Convenience Assessment* (RCA) atau *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS).
 - c. Data dari BPJS dengan cakupan kepesertaan JKN mencapai 96% pada tahun 2024, berpotensi digunakan menjadi sumber data sasaran bayi baru lahir dengan mengikuti kepesertaan ibunya yang telah terdaftar sebagai peserta JKN disamping sebagai sumber data populasi dewasa dengan faktor risiko atau komorbid.¹⁴
 - d. Sementara PISPK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga) dengan cakupan sekitar 80% pada tahun 2022 yang melakukan kegiatan kunjungan keluarga, dapat memberi gambaran data demografi dalam populasi sasaran yang lebih mendekati kondisi riil.¹⁵
 - e. Diperlukan pemanfaatan data dari ASIK (Aplikasi Sehat IndonesiaKu) yang menyediakan fitur input data bagi sasaran yang belum mempunyai NIK seperti pada sasaran bayi baru lahir dengan menggunakan identitas unik lain yang perlu diseragamkan.
 - f. Diperlukan koordinasi antar lintas program seperti antara Pusdatin dan DTO. Juga kolaborasi dan kerjasama lintas sektor dengan BPJS, Kemendagri dan BPS.
2. Pusdatin perlu menggunakan hasil estimasi yang diperoleh dengan cara lain untuk membandingkan, terutama metode sesuai anjuran WHO.
 - a. Disarankan melalui estimasi dengan proyeksi kelahiran karena kalau dalam konteks siklus hidup sebaiknya dimulai dari hulu yaitu kelahiran.
 - b. Sebagai penentu akurasi adalah estimasi jumlah kelahiran dan dapat merupakan hasil triangulasi dari data registrasi, data sensus atau survei dan data lokal.
 - c. Estimasi jumlah sasaran menurut jenis kelamin dilakukan dengan mendasarkan pada fungsi *life table*. Estimasi diformulasikan dengan rumus pengalihan jumlah kelahiran dengan angka probabilitas hidup atau mati sebagai berikut :
 - Bayi usia masih hidup = Kelahiran x (1- q_0)
 - q_0 : *Infant mortality rate*

- Anak dini usia 1-4 tahun = Bayi masih hidup (dibawah 1 tahun) x ${}_4q_1$
 ${}_4q_1$: Probabilitas mati dari ulang tahun 1 ke ulang tahun 5 (fungsi *life table* Indonesia)

3. Pusdatin perlu menyediakan mekanisme perbaikan atau tindakan koreksi untuk meningkatkan kualitas pendataan sasaran.
 - a. Diperlukan pedoman, alur atau prosedur yang dapat merujuk pada modul WHO tentang revidu kualitas data.⁷
 - b. Mencakup strategi atau intervensi yang dapat dilakukan bila terdapat temuan seperti ketidaklengkapan, ketidaksesuaian, duplikasi atau temuan lain pada data individu maupun agregat, yang diperoleh dari kegiatan rutin atau survei.
 - c. Diperjelas mengenai peran dan wewenang yang dapat dilakukan pada tiap jenjang dari Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota.
 - d. Diperlukan upaya monitoring dan evaluasi yang intensif berkesinambungan, disamping sosialisasi dan advokasi secara berkala terkait sumber pendataan, metode perhitungan serta penyusunan data dalam penetapan sasaran program Imunisasi.

5. PENANGGULANGAN TUBERKOLOSIS DI INDONESIA

- a. Sejak 2022, Indonesia menyumbang 10% kasus TBC global dengan estimasi jumlah kasus yang meningkat setiap tahunnya. Di tahun 2023 diestimasikan terdapat 1.090.000 (387 per 100.000 penduduk) kasus TBC, jauh dari target 65 per 100.000 di 2030.
- b. Berbagai upaya pemerintah telah berhasil menurunkan under-reporting dengan signifikan dalam 5 tahun terakhir; namun progres positif tersebut masih belum cukup untuk menekan insiden dan mortalitas TBC mengingat 2 dari 10 kasus belum ditemukan dan sub-optimalnya inisiasi pengobatan. Indonesia memiliki estimasi kematian tertinggi kedua di dunia walaupun TBC sebenarnya merupakan penyakit menular yang dapat diobati.
- c. Untuk itu, Indonesia perlu memperkuat upaya penemuan kasus TBC dengan berbagai pendekatan; diantaranya dengan meningkatkan kapasitas diagnostik, memperluas akses pelayanan TBC, meningkatkan active case finding, memperluas pelacakan kasus pada kontak erat, memberdayakan kader dan komunitas, pelatihan berkesinambungan, mempercepat upaya integrasi dengan sektor swasta, serta memperkuat kerjasama lintas sektor.

Langkah Strategis Menemukan Kasus TBC Menuju Eliminasi 2030

- a. Menambah alat diagnostik dan perluasan distribusi alat diagnostik TBC di wilayah dengan beban kasus tinggi namun notifikasi rendah, dengan prioritas pada daerah – daerah terpencil dan sulit dijangkau.
- b. Memperluas akses terhadap pelayanan TBC dengan meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas layanan TBC di seluruh fasilitas kesehatan, termasuk puskesmas, rumah sakit, dan klinik swasta, serta memperluas jam operasional layanan untuk menjangkau lebih banyak pasien.

- c. Memperkuat Active Case Finding (ACF) dengan mendorong kegiatan penemuan kasus aktif di masyarakat, khususnya di wilayah dengan insidensi TBC tinggi namun tingkat notifikasi rendah, dengan melibatkan tenaga kesehatan, kader, dan komunitas lokal.
 - d. Memperluas pelacakan kasus pada kontak erat pasien TBC dengan berkoordinasi antar fasilitas kesehatan. Pastikan pelaporan kasus berdasarkan domisili pasien untuk mencocokkan data insidensi dengan tingkat notifikasi.
 - e. Memberdayakan Kader dan Komunitas dan membentuk komunitas aktif untuk mendukung identifikasi suspek TBC di tingkat masyarakat, serta memberikan pelatihan berkala untuk meningkatkan kompetensi mereka.
 - f. Pelatihan berkesinambungan dengan melakukan pelatihan terstruktur dan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan dan medis, termasuk sektor swasta, untuk meningkatkan kemampuan diagnosis, pelacakan kontak, dan penatalaksanaan kasus TBC.
 - g. Memperluas upaya mengintegrasikan sektor swasta dalam penyediaan layanan kesehatan TBC, termasuk diagnosis, pelaporan, dan pengobatan, guna mempercepat cakupan layanan.
 - h. Memastikan sistem monitoring dan evaluasi berbasis domisili pasien (kabupaten/kota), serta menyesuaikan notifikasi rate berdasarkan wilayah pasien untuk mendapatkan data yang lebih akurat dan relevan.
 - i. Kampanye edukasi melalui media massa, penyuluhan di komunitas, dan kegiatan sosial yang menekankan pentingnya deteksi dini, gejala TBC, dan akses layanan kesehatan.
 - j. Sinergi lintas sektor untuk memastikan kolaborasi lintas sektor untuk mendukung program penemuan kasus, termasuk dengan lembaga pendidikan, organisasi keagamaan, dan sektor swasta, guna menjangkau lebih banyak populasi rentan.
6. STRATEGI PENINGKATAN UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT DALAM RANGKA BEBAS KARIES 2030

Penyakit gigi dan mulut merupakan salah satu penyakit tidak menular yang paling banyak diderita. Setengah populasi dunia tidak mendapatkan perawatan yang diperlukan sekaligus diiringi dengan peningkatan sebanyak 1 miliar populasi yang menderita selama tiga dekade terakhir. Sebanyak 8 dari 10 penduduk di Indonesia memiliki kondisi gigi berlubang. Dari jumlah tersebut, rerata sebanyak 5 - 6 gigi pada setiap orang dengan segmen anak berusia 5 tahun pada tingkat ekonomi terendah yang kondisinya paling berat.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa banyak orang tidak memiliki akses terhadap perawatan kesehatan gigi dan mulut secara tepat, yang mencakup aspek pencegahan, perlindungan risiko dan layanan restoratif serta rehabilitatif. Penyakit gigi dan mulut yang tidak dirawat dapat berdampak terhadap kondisi fisik, keterbatasan fungsional, gangguan kesehatan emosional, mental dan

sosial. Bagi kelompok yang mampu mendapatkan perawatan, seringkali terbebani oleh tingginya biaya perawatan sehingga menimbulkan dampak ekonomi secara signifikan.

Pada tahun 2022, WHO mengadopsi strategi global kesehatan gigi dan mulut dengan visi mengimplementasikan cakupan kesehatan universal untuk kesehatan gigi dan mulut bagi semua individu dan komunitas di tahun 2030. Sebuah rencana aksi terperinci sedang dikembangkan Rencana aksi telah dicanangkan dalam *Global Strategy an Action Plan on Oral health 2023-2030* untuk membantu negara-negara dalam menerjemahkan strategi global ke dalam praktik, termasuk kerangka pemantauan untuk melacak kemajuan, dengan target terukur yang akan dicapai di tahun 2030.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam pertemuannya, menyetujui Resolusi tentang kesehatan gigi dan mulut (WHA 74). Resolusi merekomendasikan perlunya pergeseran dari pendekatan kuratif tradisional menuju pendekatan preventif yang mencakup promosi kesehatan mulut dalam keluarga, sekolah dan tempat kerja, termasuk perawatan yang tepat waktu, komprehensif dan inklusif dalam sistem pelayanan kesehatan primer. Resolusi menegaskan bahwa kesehatan mulut harus tertanam kuat dalam agenda Penyakit Tidak Menular (PTM) dan intervensi perawatan kesehatan gigi dan mulut harus dimasukkan dalam program *Universal Health Coverage (UHC)* yang diimplementasikan di Indonesia dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Rencana aksi nasional Gigi dan Mulut disusun dan dikembangkan untuk membantu dalam menerjemahkan strategi global ke dalam program, termasuk rencana monitoring dalam melacak kemajuan, disertai target terukur yang akan dicapai secara bertahap hingga tahun 2030 mendatang. Rencana aksi nasional Gigi dan Mulut dibagi menjadi 4 pilar untuk mendukung capaian target pada tahun 2030 nanti.

Pilar pertama mengenai promosi kesehatan dan pencegahan penyakit gigi dan mulut dilaksanakan melalui pendekatan perubahan perilaku, melalui pendidikan berbasis sekolah/madrasah. Strategi untuk peningkatan jangkauan promosi kesehatan diantaranya pengembangan materi pendidikan melalui kurikulum pendidikan nasional, kampanye kesehatan gigi dan mulut di sekolah, mulai jenjang dasar hingga menengah, pembatasan konsumsi makanan dan minuman berpemanis melalui program Kantin Sehat. Media daring dan media sosial juga dimanfaatkan untuk memperluas akses materi kesehatan dengan melibatkan *influencer* maupun Puskesmas.

Kegiatan preventif yang lain adalah skrining dilaksanakan khususnya pada usia 6-12 tahun untuk penyakit karies. Untuk skrining penduduk yang berusia 25-44 tahun untuk penyakit periodontal, dan usia >60 tahun untuk penyakit kanker mulut dilakukan terintegrasi dengan program skrining penyakit lain pada saat ulang tahun. Hal ini perlu didukung dengan sarana dan prasarana yang

menunjang program yang sesuai standar khususnya pada Puskesmas. Selain itu juga dilakukan program aplikasi fluorida topikal esensial secara nasional dan program berkumur larutan fluorida pada anak-anak usia 6 - 12 tahun.

Pilar kedua terkait pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, sekunder dan tertier. Peningkatan akses perawatan gigi dan mulut dilakukan melalui peningkatan kapasitas pelayanan serta penyesuaian kompetensi tenaga kesehatan gigi melalui pedoman klinis.

Pilar ketiga meliputi Tata kelola pemerintahan yang menjadi pilar ketiga dicapai dengan strategi penyediaan dan pendayagunaan SDM kesehatan gigi dan mulut di fasilitas kesehatan dengan penambahan Program Studi Kedokteran Gigi agar distribusi dokter gigi serta terapis gigi dan mulut kian merata. Peningkatan mutu SDM dilaksanakan dengan pelatihan maupun peningkatan kompetensi lainnya terkait skrining, pelaporan dan tata laksana. Kolaborasi intersektoral mutlak didukung dengan landasan hukum melalui regulasi terkait oleh Kementerian Kesehatan serta pendanaan yang memadai. Petunjuk teknis mengenai skrining serta dokumen advokasi mekanisme pengurangan akses terhadap minuman berpemanis juga diperlukan untuk mendukung program.

Pilar keempat adalah pengembangan Sistem informasi dan penelitian kesehatan gigi dan mulut. Strategi yang dijalankan meliputi pencatatan dan pelaporan program kesehatan gigi dan mulut untuk memperkuat basis bukti lokal sebagai penunjang implementasi, pemantauan dan pelaporan kebijakan kesehatan gigi dan mulut.

7. PENGEMBANGAN MODEL PREDIKSI ATAU SKORING PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM) PENYAKIT CARDIOVASCULAR DARI HASIL STUDI KOHORT PTM KOTA BOGOR TAHUN 2022-2021

Berdasarkan data IHME 2021, stroke dan penyakit jantung iskemik masih menjadi penyebab kematian utama di dunia, sedangkan di Indonesia, stroke menduduki peringkat pertama dan penyakit jantung iskemik menduduki peringkat ketiga sebagai penyebab kematian utama. Penyakit jantung termasuk dalam penyakit katastropik yang menyerap biaya JKN tertinggi sebesar 12 triliun rupiah di tahun 2022 atau hampir 50% dari total pembiayaan 8 penyakit katastropik. Faktor risiko penyakit kardiovaskuler terdiri dari faktor risiko yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain umur, jenis kelamin, dan faktor genetik, sedangkan faktor risiko yang dapat diubah antara lain merokok, dislipidemia, hipertensi, diabetes mellitus, stres, diet yang tidak sehat, konsumsi alkohol, kurang aktivitas fisik, dan berat badan yang berlebih. Deteksi dini faktor risiko dapat dilakukan melalui pemeriksaan kesehatan rutin agar mendapatkan intervensi yang sesuai lebih awal. Namun capaian deteksi dini penyakit jantung di Indonesia per Desember 2024 belum mencapai target yang ditetapkan, yaitu baru mencapai 11,9%. Berdasarkan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tata Laksana

Hipertensi Dewasa, penilaian risiko penyakit kardiovaskuler menggunakan model sesuai pedoman European Society Cardiologist (ESC) dan WHO-HEARTS. Selain model tersebut, ada pula Framingham Risk Score (FRS) dan ASCVD Risk Calculator yang juga digunakan sebagai model prediksi penyakit kardiovaskuler. Meskipun telah tersedia berbagai model penilaian risiko penyakit kardiovaskuler yang dikembangkan secara global, model-model tersebut sering kali tidak sepenuhnya relevan jika diterapkan di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh adanya perbedaan karakteristik populasi, faktor risiko spesifik, pola genetik, dan gaya hidup masyarakat Indonesia. Pengembangan model penilaian risiko yang disesuaikan dengan data epidemiologis dan karakteristik populasi Indonesia sangat penting untuk dilakukan agar dapat meningkatkan akurasi prediksi dan menentukan intervensi yang lebih efektif.

Hasil Analisis:

- a. Berdasarkan WHO CVD risk chart, penilaian risiko penyakit kardiovaskuler dibagi berdasarkan dua kelompok, yaitu dengan pemeriksaan laboratorium dan tanpa pemeriksaan laboratorium
- b. Selain WHO CVD risk chart, terdapat pula model prediksi penyakit kardiovaskuler lainnya yang dapat digunakan, yaitu Framingham Risk Score (FRS). Adapun parameter faktor risiko yang digunakan untuk model prediksi FRS antara lain jenis kelamin, usia, HDL, total kolesterol, tekanan darah sistolik, status pengobatan hipertensi, status diabetes, status merokok, riwayat penyakit kardiovaskuler derajat satu.
- c. Hasil analisis regresi logistik multivariat untuk WHO risk chart dengan pemeriksaan laboratorium, hanya faktor risiko tekanan darah sistolik yang signifikan menjadi prediksi penyakit kardiovaskuler. Sedangkan variabel yang signifikan menjadi prediksi untuk WHO risk chart tanpa pemeriksaan laboratorium hanya jenis kelamin, Indeks Massa Tubuh (IMT), dan tekanan darah sistolik.
- d. Proses pengembangan model prediksi dilakukan dengan memilih dan menguji variabel faktor risiko. Variabel pada model WHO risk chart meliputi usia, jenis kelamin, status diabetes, status merokok, total kolesterol, tekanan darah sistolik, IMT, LDL, serta riwayat CVD pada keluarga derajat satu

Kesimpulan

1. Hasil analisis validasi WHO CVD Risk Chart berdasarkan data Studi Kohor PTM 2011-2021 menunjukkan hasil tidak valid, sehingga dibutuhkan model prediksi penyakit kardiovaskuler yang sesuai dengan data epidemiologis dan karakteristik faktor risiko di Indonesia.
2. Hasil analisis pengembangan model yang dilakukan terhadap data Studi Kohor PTM, faktor risiko yang memberikan hasil signifikan sebagai prediktor penyakit kardiovaskuler adalah usia, jenis kelamin, tekanan darah, dan IMT.

Rekomendasi

1. Penggunaan model lokal di fasilitas pelayanan kesehatan primer Model prediksi penyakit kardiovaskuler hasil analisa studi kohor PTM merupakan data lokal Indonesia yang dapat digunakan yang lebih akurat dan praktis tanpa menggunakan hasil pemeriksaan laboratorium di awal deteksi dini. Direktorat PTM dapat memanfaatkan model ini sebagai deteksi dini risiko penyakit kardiovaskuler di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Hal ini akan menghemat pembiayaan pemeriksaan laboratorium sehingga dapat dilakukan tepat sasaran.
2. Penerapan self-assessment Model ini dapat digunakan untuk deteksi dini penilaian risiko penyakit kardiovaskuler dimulai dari usia 25 tahun secara mandiri oleh masyarakat dengan Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara -14-mengintegrasikan pada aplikasi SatuSehat. Untuk melakukan intervensi lebih awal, penilaian risiko sebaiknya dapat dimulai pada usia lebih awal sebelum 25 tahun, mengingat studi kohor di Bogor pada di usia 25 tahun sudah menunjukkan risiko penyakit kardiovaskuler, sehingga dapat terjadi kemungkinan di daerah lain risiko muncul pada usia kurang dari 25 tahun.

Selain melakukan kajian, Pusjak Upaya Kesehatan juga melaksanakan Riset Implementasi yang berkerjasama dengan Universitas. Riset Implementasi yang dilaksanakan oleh Pusjak Upaya Kesehatan, tercantum di bawah ini.

Tabel 3.14. Riset Implementasi di Bidang Upaya Kesehatan Tahun 2024

No	Judul Riset Implementasi	Judul Rekomendasi Kebijakan	Pelaksana	Sumber Dana
1	Evaluasi Implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP)	Penguatan Implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer	Universitas Airlangga	DIPA BKPK
2	Program Peningkatan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan USG di Puskesmas (USG)	Penyediaan USG untuk Pelayanan Antenatal Care Berkualitas di Puskesmas	Universitas Sebelas Maret	DIPA BKPK
3	Kajian Evaluasi Kebijakan Jejaring Rujukan Kanker, Kardiovaskular, Stroke, dan Urologi di Indonesia (KJSU)	Optimalisasi Implementasi Kebijakan Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Kardiovaskular, Stroke dan Urologi	Universitas Hasanudin	DIPA BKPK
4	Kajian Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar/RS (KRIS)	Strategi Percepatan Implementasi Kelas Rawat Inap standart	Universitas Airlangga	DIPA BKPK

No	Judul Riset Implementasi	Judul Rekomendasi Kebijakan	Pelaksana	Sumber Dana
	JKN)			
5	Evaluasi Kapasitas Kader Dalam Pemantauan Pertumbuhan Balita di 4 Kab/Kota	Kader Sebagai Aktor Utama Penurunan Stunting; Urgensi Peningkatan Kapasitas Kader Dalam Pengukuran Antropometri	Universitas Indonesia	DIPA BKPK
6	Kajian Optimalisasi Implementasi PMT lokal Balita bermasalah Gizi Melalui Participatory Action Research (PAR)	Perbaikan Implementasi Untuk Keberlanjutan Program, Haruskah ?	Universitas Brawijaya	DIPA Kesmas
7	Kajian Implementasi Teknologi Wolbachia untuk Pengendalian Vektor Dengue		Universitas Nusa Cendana	DIPA BKPK
8	Kajian Implementasi Kebijakan Penemuan Kasus dan Pengobatan Tuberkulosis		Universitas Gajah Mada	DIPA BKPK
9	Kajian Implementasi Rencana Aksi Nasional (RAN) Eliminasi Kanker Leher Rahim	Langkah Konkrit “Close the Care Gap” Menuju Bebas Kanker Leher Rahim: Optimalisasi Rencana Aksi Nasional 2023–2030	Poltekkes Jakarta III	DIPA BKPK
10	Kajian Implementasi Pilot Project Pengembangan Model Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat	Siapkah Layanan Kesehatan Jiwa Masyarakat diterapkan?	Universitas Sumatera Utara	DIPA BKPK
11	Evaluasi Implementasi Perubahan Suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) ke Multi Micronutrients Supplements (MMS) pada Ibu Hamil	Uji Petik Juknis Suplementasi Multi Micronutrient Suplemen (MMS) di Indonesia: Kajian Pendahuluan Menuju Impelementasi Program		DIPA BKPK

1. EVALUASI IMPLEMENTASI INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (ILP)

Indonesia menghadapi tantangan kesehatan dengan tingginya angka penyakit tidak menular (PTM) dan beban ganda penyakit. Pelayanan kesehatan melalui Integrasi Layanan Primer (ILP) memainkan peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kementerian Kesehatan melakukan transformasi

sistem pelayanan kesehatan primer yang berfokus pada: a) pendekatan siklus hidup sebagai platform integrasi pelayanan kesehatan sekaligus sebagai platform penguatan promosi dan pencegahan; b) mendekatkan pelayanan kesehatan melalui jejaring hingga tingkat desa dan dusun, termasuk untuk memperkuat promosi dan pencegahan serta resiliensi terhadap pandemi; serta c) memperkuat Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) melalui pemantauan dengan dashboard situasi kesehatan per desa.

Pelayanan kesehatan pada ILP dilakukan melalui sistem kluster yang diintervensi oleh semua program. Kluster tersebut adalah: 1) Klaster 1: Manajemen; 2) Klaster 2: Ibu dan Anak; 3) Klaster 3: Usia Produktif dan Lanjut Usia; 4) Klaster 4: Penanggulangan Penyakit Menular; 5) Lintas Klaster. Evaluasi ILP bertujuan untuk menilai efektivitas implementasi program, mengidentifikasi hambatan dan pendukung, serta memberikan rekomendasi kebijakan untuk perluasan dan perbaikan pelaksanaan ILP di seluruh Indonesia.

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan model CIPP (Context, Input, Process, Product) pada 3 Puskesmas terpilih (Puskesmas Kebonsari, Jereweh, dan Plantungan). Hasil evaluasi menunjukkan bahwa sistem kluster dapat diterapkan di Puskesmas, terlihat adanya peningkatan dalam beberapa aspek layanan kesehatan terkait skrining kesehatan serta penurunan tingkat rujukan meskipun belum signifikan. Kendala yang dihadapi: keterbatasan anggaran, peningkatan beban kerja, kesulitan dalam pelaporan, dan regulasi yang belum optimal. Untuk itu diperlukan penguatan sumber daya, peningkatan sistem koordinasi, penguatan monitoring dan evaluasi serta alokasi insentif kader oleh pemerintah baik pusat maupun daerah untuk mendukung implementasi yang lebih baik di masa depan.

Rekomendasi Kebijakan:

1. Penguatan Sumber Daya:

- Meningkatkan alokasi anggaran untuk layanan primer.
- Menambah jumlah dan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan dan refreshing secara berkala.
- Menyediakan peralatan yang memadai di setiap tingkatan layanan, sesuai standar baru (Permenkes 2024).

2. Peningkatan Sistem Koordinasi:

- Membangun jejaring digital untuk memfasilitasi koordinasi antara Puskesmas, Pustu, Posyandu, dan Poskesdes.
- Menyusun mekanisme koordinasi yang jelas, termasuk pembagian tugas dan tanggung jawab.

3. Penguatan Monitoring dan Evaluasi (Monev):

- Mengembangkan dashboard digital untuk memantau indikator kesehatan di setiap desa.
- Melibatkan stakeholder pentahelix (pemerintah, akademisi, masyarakat, media, dan dunia usaha) dalam Monev secara partisipatif.

4. Penguatan Insentif Kader:

- Menyediakan insentif yang adil dan transparan untuk kader kesehatan.
- Mengembangkan skema penghargaan untuk meningkatkan motivasi kader dalam pelaksanaan ILP.

Kesimpulan:

Evaluasi ILP menunjukkan pentingnya penguatan berbagai aspek pelaksanaan, mulai dari sumber daya hingga sistem koordinasi dan monitoring. Dengan mengadopsi rekomendasi kebijakan ini, ILP dapat berkontribusi signifikan dalam mencapai target SDGs dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan primer di Indonesia.

2. PROGRAM PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN ANTENARTAL DENGAN USG DI PUSKESMAS (USG)

Dalam upaya meningkatkan Kesehatan ibu dan anak, Pemerintah Indonesia menetapkan standar pelayanan antenatal yang disertai dengan pemeriksaan oleh dokter dengan ultrasonografi (USG) sebanyak 2 kali pada trimester 1 dan trimester 3. Pada tahun 2024, sekitar 92% PKM telah memiliki USG dalam kondisi baik, dan 83% telah melakukan pelayanan ANC yang disertai dengan USG.

Selama 3 tahun program pelayanan USG di Puskesmas, telah terjadi peningkatan cakupan layanan, dari sekitar 31% K1 di 2022, menjadi 41% di 2023, dan 50% sampai bulan Oktober 2024. Pelayanan USG untuk K5 juga mengalami peningkatan dari 29% di 2022, menjadi 44% di 2023, dan 49% di 2024. Sebanyak 84% dari PKM yang memiliki USG, telah memiliki dokter terlatih yang berstatus ASN. Sebagian besar PKM (56%) melakukan pelayanan dilakukan sebanyak 1-2 hari dalam seminggu, dengan rata-rata 32 ibu hamil dilayani per bulan (15 K1, dan 17 K5). Sebanyak 89% PKM yang telah melakukan ANC dengan USG, melaporkan pernah merujuk kasus yang dideteksi dengan USG.

Terdapat beberapa hambatan dari sisi regulasi dan kebijakan, logistic, sumber daya manusia, sarana prasarana, maupun monitoring dan evaluasi yang perlu untuk diatasi agar implementasi program dapat berjalan dengan lebih baik. Langkah yang diperlukan antara lain menyusun regulasi dan pedoman teknis lebih detail tentang penggunaan, pemanfaatan, pemeliharaan USG, serta mekanisme monitoring, dan evaluasi. Koordinasi terkait pre-service training bagi dokter, pelatihan bersertifikat, refresher training atau pendampingan oleh spesialis obsgyn. Pemetaan kesiapan puskesmas serta pemenuhan kebutuhan SDM maupun sarana prasarana untuk pelayanan ANC berkualitas dengan USG juga perlu dilakukan untuk meningkatkan ANC berkualitas dengan USG dalam upaya deteksi dini dan peningkatan kesehatan ibu.

Rekomendasi:

1. Peningkatan jumlah dan kualitas dokter Puskesmas untuk melakukan pelayanan ANC dengan USG
 - Pre-service training untuk dokter yang akan diturunkan (Nusantara Sehat, PTT), agar pelayanan tidak terhambat
 - Pelatihan USG standar untuk PKM yang belum memiliki dokter terlatih.
 - Refresher training untuk trainer, pendamping, dan dokter pada layanan primer tentang ANC berkualitas dan USG
 - Refresher training berupa on the job training dengan konteks Puskesmas untuk dokter layanan primer
 2. Penguatan sistem monitoring dan evaluasi serta jejaring mentoring dan supervisi untuk layanan USG di Puskesmas
 - Regulasi monitoring dan evaluasi pelayanan ANC berkualitas dan USG di PKM
 - Juknis supervisi dan mentoring dari dokter SpOG di RSUD ke dokter PKM jejaring di wilayahnya;
 - Penguatan jejaring pengampuan
 - Juknis panduan pemeliharaan dan kalibrasi USG dan sarana prasarana penunjang USG di PKM
 - Kelengkapan alat dan sarana prasarana
 3. Sosialisasi petunjuk teknis dan SOP untuk penggunaan, pemeliharaan, dan pembiayaan program USG
 - Perlu peningkatan proporsi K1 murni dengan peningkatan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya K1
 - Kerjasama lintas sektor untuk memudahkan ibu K1 di PKM
 - Sosialisasi tentang regulasi pembiayaan dan layanan lebih lengkap, meliputi K1 akses dan pasien non BPJS-K
 4. Integrasi sistem pelaporan untuk pelayanan antenatal berkualitas, termasuk USG
 - Integrasi dan penyederhanaan mekanisme pelaporan dan pencatatan, baik untuk layanan maupun training, dan identifikasi indikator utama untuk pelaporan
3. KAJIAN EVALUASI KEBIJAKAN JEJARING RUJUKAN KANKER, KARDIOVASKULAR, STROKE, DAN URONEFROLOGI DI INDONESIA (KJSU)

Implementasi kebijakan jejaring pengampuan pelayanan Kanker, Kardiovaskular, Stroke dan Jantung (KJSU) dalam rangka pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan belum terlaksana secara optimal akibat kesenjangan dalam pemenuhan sumber daya antar strata RS dan antar-wilayah, pelaksanaan tugas pengampuan belum sesuai, dan kemampuan penyelenggaraan pelayanan yang belum memadai.

Oleh karenanya, agar target program bisa tercapai maka diperlukan optimalisasi implementasi kebijakan jejaring pengampuan KJSU dengan cara: 1) Percepatan

memenuhi sumber daya dengan memperkuat sisi supply, peningkatan kompetensi SDM dan penganggaran terutama di RS strata madya dan utama; 2) Penguatan pelaksanaan tugas pengampunan dengan peningkatan kapasitas manajerial dan pendampingan dalam perencanaan penyelenggaraan pengampunan serta monev yang sistematis; dan 3) Peningkatan kemampuan pelayanan dengan pemenuhan sumber daya esensial, harmonisasi regulasi teknis antara Kemenkes, BPJS, BAPETEN dan BPOM.

Rekomendasi Kebijakan:

1. Percepatan pemenuhan kecukupan Sumber Daya
 - a. Pemerintah pusat (Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan) dan pemerintah daerah perlu saling mensinkronisasi program peningkatan SDM dan pengadaan alkes-sarpras; misalnya dengan mengkomunikasikan perencanaan jangka pendek-menengah yang telah dibuat masing-masing.
 - b. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan bersama dengan Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan perlu mengadakan workshop peningkatan kapasitas leadership dalam advokasi ke RS-RS daerah untuk mendapatkan komitmen Pemda masing-masing dalam pemrioritasan implementasi program KJSU di RPJMD dan Renja kepala daerah.
 - c. Pemerintah Provinsi dengan kemampuan finansial sedang dan tinggi dapat membuat kebijakan seperti Program Bantuan Gubernur untuk membantu kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal rendah untuk memenuhi kriteria jejaring pengampunan pada rumah sakit daerah sesuai stratanya.
2. Penguatan pelaksanaan tugas pengampunan
 - a. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan perlu meningkatkan peran dan kapasitas Dinkes Prov/Kab/Kota sebagai "Project Manager" untuk memastikan sinkronisasi terjadi mulai dari implementasi sampai evaluasi
 - b. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan perlu mengadakan workshop untuk Peningkatan kapasitas manajerial dan pendampingan dalam penyusunan perencanaan penyelenggaraan pengampunan di RS
 - c. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan perlu menetapkan mekanisme sistematis dan regular dalam monev dan feedback bagi RS dan pemilik khususnya kepala daerah dan Dinkes
 - d. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Dinas Kesehatan dan RS perlu mengoptimalkan pemanfaatan data dan hasil-hasil monev untuk perbaikan kebijakan maupun perbaikan implementasinya dengan memfasilitasi integrasi sistem informasi untuk pelaporan/*dashboard* dan *registry* penyakit KJSU antara pusat dengan daerah dan RS.
 - e. Perlunya sinergi prioritas nasional antara Kemenkes dengan Kemendagri untuk optimalisasi peran Pemda dalam mendukung pelaksanaan kebijakan jejaring pengampunan KJSU

3. Peningkatan kemampuan pelayanan
 - a. Perlunya harmonisasi regulasi teknis antara Kemenkes, BAPETEN, BPOM, BPJS terkait perizinan pelayanan dan kerjasama.
 - b. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan memperluas penerapan Stroke Mobile Unit dan telemedisin untuk melakukan diagnosis cepat, tindakan *lifesaving*, dan memobilisasi pasien ke RS rujukan terdekat, terutama di wilayah-wilayah yang secara geografis sulit dijangkau.

Kesimpulan:

Dalam rangka percepatan pencapaian target 100% RS mampu menyelenggarakan pelayanan KJSU pada tahun 2027, strategi optimalisasi implementasi kebijakan jejaring pengampuan pelayanan KJSU yang perlu dilakukan antara lain:

1. Percepatan pemenuhan kecukupan Sumber Daya dengan memperkuat sisi supply, peningkatan kompetensi SDM dan penganggaran terutama di RS strata madya dan utama
 2. Penguatan pelaksanaan tugas pengampuan dengan peningkatan kapasitas manajerial dan pendampingan dalam perencanaan penyelenggaraan pengampuan serta monev yang sistematis
 3. Peningkatan kemampuan pelayanan dengan pemenuhan sumber daya esensial, harmonisasi regulasi teknis antara Kemenkes, BPJS, BAPETEN dan BPOM.
4. KAJIAN IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KELAS RAWAT INAP STANDAR/RS (KRIS JKN)

Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan amanah UU 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. (2004) dengan harapan masyarakat mendapatkan mutu pelayanan yang lebih baik dan ekuitas dalam pelayanan di rumah sakit. Pemerintah melalui Peraturan Presiden No. 59 tahun 2024 dan Kepdirjen Yankes No Hk.02.02/1/2995/2022 telah menetapkan 12 Kriteria KRIS JKN. Semua rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS ditargetkan telah menerapkan KRIS JKN per 30 Juni 2025. Namun pada kenyataannya masih terdapat kendala yang dihadapi rumah sakit dalam implementasi KRIS JKN. Data hasil survei online, monev dan kajian menunjukkan dari 12 kriteria KRIS, ada kriteria yang sulit dipenuhi oleh Rumah Sakit yaitu penyediaan outlet oksigen, kelengkapan standar tirai/partisi, kelengkapan TT (nurse call), kamar mandi dalam dan kamar mandi aksesibilitas. Hasil analisis akar masalah ditemukan bahwa masih belum jelasnya konsep KRIS JKN; besarnya dana yang dibutuhkan untuk implementasi KRIS JKN; beberapa kriteria terlalu rigid; kurangnya dukungan pemilik RS/Pemerintah, masih kurangnya sosialisasi dan advokasi di internal dan eksternal RS, belum diterapkannya sistem reward and punishment; dan belum adanya norma, standar, prosedur dan ketentuan (NSPK) monev berjenjang dan terintegrasi. Beberapa data kajian bervariasi menunjukkan dampak kebijakan KRIS terhadap indikator

pelayanan khususnya jumlah tempat tidur (TT), Bed Occupancy Rate (BOR), dan pendapatan RS dalam kurun waktu sebelum dan sesudah diterapkan KRIS di RS. Namun dari semua data tersebut implementasi KRIS JKN tidak berpotensi memiliki pengaruh negatif terhadap indikator pelayanan dan pendapatan RS, tapi tetap perlu dilakukan mitigasi berkesinambungan terhadap perubahan indikator tersebut sehingga kepuasan pasien JKN puas/sangat puas terhadap kebijakan KRIS tidak mengalami penurunan.

Agar tercapainya target 2025 semua RS telah mengimplementasikan KRIS JKN maka perlu dilakukan strategi optimalisasi melalui (1) percepatan penyusunan berbagai regulasi/NSPK yang memuat: konsep KRIS, kelas tunggal, pentahapan implementasi, uraian teknis 12 kriteria, monev, advokasi, skema bantuan pendanaan serta reward punishment; (2) Penguatan peran dan keterlibatan aktif Dinas Kesehatan, Manajemen RS, Pemilik RS, Dewan Pengawas dan lintas sektor terkait dalam : sosialisasi, advokasi berkesinambungan, bantuan pendanaan dan monev berjenjang serta terintegrasi.

Rekomendasi Kebijakan:

1. Dir. Pelayanan Kesehatan Rujukan & Dir. Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kemenkes)
 - Percepatan penyusunan regulasi turunan Perpres No. 59 tahun 2024 tentang konsep implementasi KRIS, konsep kelas tunggal, pentahapan kebijakan KRIS dan petunjuk teknis uraian 12 kriteria KRIS
 - Relaksasi dan penyederhanaan terhadap beberapa kriteria KRIS JKN Memberikan kelonggaran terhadap beberapa kriteria dari 12 kriteria KRIS JKN seperti batas minimal jarak tirai dari lantai, pencahayaan, suhu ruangan serta outlet oksigen
 - Penyusunan NSPK terkait monitoring evaluasi terintegrasi dan advokasi berkesinambungan Penguatan peran dan keterlibatan aktif Dinkes Provinsi/ Kab/ Kota, Pemilik RS, Dewan Pengawas dan Organisasi terkait (mis. PERSI, ARSADA, ADINKES dll)
2. Lintas Sektor Terkait
 - Skema Bantuan Pendanaan untuk RS dengan kondisi tertentu Alternatif sumber pendanaan untuk merenovasi sesuai kriteria KRIS misal melalui cukai rokok, menu khusus di DAK Fisik, BLU/BLUD, World Bank dll
 - Sosialisasi masif KRIS JKN ke RS, Lintas Sektor dan masyarakat dilakukan melalui media massa elektronik/non elektronik, workshop, seminar dll
 - Adanya sistem reward and punishment bagi RS yang sudah/belum menerapkan KRIS JKN. Misalnya untuk RS yang sudah memenuhi 12 kriteria KRIS akan dibayarkan tarif KRIS JKN 100%, sedangkan jika

memenuhi 9 -11 kriteria dibayarkan 90% dan jika memenuhi di bawah 9 kriteria dibayarkan 80% dari tarif KRIS JKN.

3. Rekomendasi untuk Rumah Sakit

Manajemen, Pemilik dan Dewan Pengawas RS

- Menjadikan kebijakan KRIS JKN sebagai salah satu Key Performance Indicator /KPI dari mutu layanan di RS
- Melakukan perhitungan Unit Cost
- Menyusun strategi mitigasi / antisipasi ketika Bed penuh
- Menyusun strategi untuk mendapatkan pendapatan di luar pasien BPJS (kelas VIP, VVIP, Pelayanan unggulan)
- Pendanaan dari pemilik RS/pemerintah dibuka tidak secara bertahap
- Berkoordinasi dengan lintas sektor terkait untuk melakukan sosialisasi, advokasi dan monev KRIS JKN

Kesimpulan:

Dalam upaya tercapainya target 2025 semua RS yang bekerja sama dengan BPJS telah mengimplementasikan KRIS JKN maka perlu dilakukan strategi percepatan melalui:

1. Percepatan penyusunan berbagai regulasi/NSPK yang memuat: konsep KRIS, kelas tunggal, pentahapan implementasi, uraian teknis 12 kriteria, monev, advokasi, skema bantuan pendanaan serta *reward punishment*
2. Penguatan peran dan keterlibatan aktif Dinas Kesehatan, Manajemen RS, Pemilik RS, Dewan Pengawas dan lintas sektor terkait dalam: sosialisasi, advokasi berkesinambungan, bantuan pendanaan serta monev berjenjang dan terintegrasi

5. EVALUASI KAPASITAS KADER DALAM PEMANTAUAN PERTUMBUHAN BALITA DI 4 KAB/KOTA

Pesan Kunci:

a. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan dan keterampilan kader dalam pengukuran antropometri di 4 lokus masih belum baik, kecuali keterampilan pengukuran antropometri kader di Kab. Gianyar.

b. Keterampilan Pengukuran

Kabupaten Gianyar memiliki kader dengan presisi pengukuran yang lebih baik dibanding 3 lokus lainnya, serta kader yang akurat dalam melakukan pengukuran LiLA anak, tinggi badan ibu dan berat badan ibu.

c. Ketersediaan Alat

Secara umum alat antropometri sudah tersedia di seluruh lokus. Namun, beberapa alat mengalami kerusakan atau malfungsi yang berpotensi mengganggu hasil pengukuran.

Rekomendasi:

Peningkatan kapasitas kader dalam pengukuran antropometri sangat perlu untuk dilakukan. Kader sangat menentukan status kesehatan anak, karena kader

menjadi ujung tombak dalam melakukan pengukuran pada anak. Hasil ukur yang tidak tepat dapat menyebabkan kesalahan dalam hasil ukur. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan diagnosa status gizi anak. Kesalahan ini akan berdampak pada penanganan yang tidak tepat yang diberikan pada anak. Anak seharusnya memiliki status gizi stunting, namun karena kesalahan pengukuran yang dilakukan kader justru mendapatkan hasil status gizi normal. Hal ini menyebabkan anak tidak mendapatkan perhatian khusus dan penanganan yang kurang tepat dikarenakan kesalahan dalam hasil pengukuran status gizinya.

Rekomendasi yang diusulkan berfokus pada peningkatan kapasitas kader serta dukungan yang dibutuhkan kader sehingga mereka dapat memaksimalkan fungsi dan perannya di masyarakat. Dukungan terhadap peningkatan peran dan integrasi kader kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah pusat maupun daerah melalui beberapa aksi:

- a. Percepatan pelaksanaan pelatihan 25 keterampilan dasar bagi kader di Kabupaten/Kota khususnya topik pemantauan pertumbuhan balita.
 - b. Pekerjaan kader tidak bersifat sukarela, namun diberi kompensasi sesuai dengan kompetensinya dan pekerjaannya..
 - c. Rekrutmen kader perlu dilakukan dengan mempertimbangkan syarat-syarat seperti usia dan latar belakang pendidikan.
 - d. Adanya SOP Kalibrasi alat antropometri ditingkat Kabupaten/Kota dan dilengkapi dengan alat kalibrasi sederhana seperti anak timbangan untuk kalibrasi timbangan dan stik kayu untuk kalibrasi pengukur tinggi atau panjang badan.
 - e. Sosialisasi dan pendampingan penggunaan menu BOK Dinkes dan Puskesmas untuk memaksimalkan penggunaannya dalam pelaksanaan pelatihan 25 keterampilan dasar kader.
 - f. Menghimbau daerah untuk menjadikan pelatihan 25 keterampilan dasar kader sebagai prioritas.
 - g. Memperbanyak Lembaga pelatihan yang dapat melakukan ToT 25 keterampilan dasar kader termasuk keterlibatan Perguruan Tinggi atau Poltekkes khususnya topik pemantauan pertumbuhan balita.
 - h. Melakukan uji presisi akurasi pada kader sebagai bagian praktek pemantauan pertumbuhan oleh tenaga terlatih dan plotting penentuan status gizi berdasarkan hasil pengukuran.
 - i. Pelatihan tindak lanjut (praktek) bagi kader yg belum presisi akurasi.
 - j. Sertifikasi bagi kader yang telah teruji hasil presisi dan akurat dan dapat berperan sebagai trainer/pelatih bagi kader lain.
 - k. Meningkatkan keterlibatan stakeholders dalam pemantauan pertumbuhan balita.
6. EVALUASI IMPLEMENTASI PERUBAHAN SUPLEMENTASI TABLET TAMBAH DARAH (TTD) KE MULTI MICRONUTRIENTS SUPPLEMENTS (MMS) PADA IBU HAMIL

Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi, Kementerian Kesehatan terus melakukan berbagai upaya perbaikan meningkatkan kualitas kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir, salah satunya dengan mengganti Tablet Tambah Darah (TTD) menjadi *Multi Micronutrient Supplement* (MMS). Sesuai dengan hasil kajian yang dilakukan oleh WHO dan juga beberapa universitas di Indonesia, dapat dibuktikan bahwa MMS dapat memberikan perbaikan kualitas ibu hamil. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan akan mulai mengimplementasikan perubahan suplemen ibu hamil tersebut pada tahun 2025. Sebelum diimplementasikan, diperlukan suatu petunjuk teknis (juknis) pelaksanaan yang akan digunakan oleh tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta Puskesmas. Akan tetapi, sebelum petunjuk teknis MMS digunakan untuk implementasi MMS, maka dilakukan sosialisasi mengenai petunjuk teknis kepada tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta Puskesmas. Kajian ini bertujuan untuk mengetahui apakah Juknis yang dibuat sudah tepat sasaran atau belum, dan perbaikan apa saja yang dibutuhkan dalam Juknis tersebut. Konfirmasi lapangan dilakukan di 3 (tiga) provinsi dan 6 (enam) kabupaten/kota di Indonesia, dengan melakukan *Focus Group Discussion* (FGD) dan wawancara mendalam pada Pejabat Dinas Kesehatan, Petugas Gizi, Promkes, bagian Farmasi, bidan wilayah/bidan desa di Puskesmas sebanyak 124 informan yang terdiri dari 40 informan di Provinsi Jawa Barat (Kabupaten Bogor dan Kota Sukabumi), 31 informan di Provinsi Gorontalo (Kota Gorontalo dan Kab Bone Bolango), 53 informan di Provinsi Kalimantan Timur (Kota Bontang dan Kab. Kutai Barat).

Rekomendasi Kebijakan:

1. Perbaikan Juknis MMS agar lebih tepat dipahami dan dilaksanakan oleh para pelaksana di lapangan.
2. Sosialisasi petunjuk teknis MMS secara berjenjang kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi, kemudian dari Dinas Kesehatan kabupaten/kota ke Puskesmas dan selanjutnya, dari Puskesmas ke Puskesmas Pembantu. Setelah itu, dari Puskesmas pembantu memberikan edukasi kepada Ibu Hamil sebelum diberikan MMS.
3. Untuk alokasi anggaran pengadaan dan distribusi MMS perlu dibuatkan regulasi oleh Pemerintah Pusat (Kemenkes) menjadi dasar bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Daerah Provinsi.
4. Dinas Kesehatan Kab/Kota diberikan fleksibilitas untuk melakukan re-packing dengan memperhatikan standar kefarmasian untuk menjaga kualitas obat sampai diterima oleh sasaran sehingga perlu dibuatkan Standar Operasional Prosedur (SOP).
5. Hasil pencatatan dan pelaporan MMS oleh nakes dapat diakses secara berjenjang dari Puskesmas, Dinkes Kab/Kota, Dinkes Provinsi, Kemenkes.

Kesimpulan:

Perubahan dari TTD menjadi MMS merupakan langkah strategis untuk meningkatkan status gizi masyarakat khususnya pada ibu hamil. Dengan perbaikan petunjuk teknis dan implementasi yang tepat, diharapkan dapat menurunkan prevalensi anemia dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Secara umum, Dinas Kesehatan di lokus kajian memiliki kesiapan untuk melaksanakan distribusi MMS. Namun, keberhasilan program ini sangat bergantung pada dukungan dari pemerintah pusat dalam bentuk regulasi yang jelas dan alokasi anggaran yang memadai. Selain itu, diperlukan juga kolaborasi lintas sektor dan pemerintah daerah untuk memastikan efektivitas program MMS

7. KAJIAN IMPLEMENTASI TEKNOLOGI WOLBACHIA UNTUK PENGENDALIAN VEKTOR DENGUE
8. KAJIAN IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENEMUAN KASUS DAN PENGOBATAN TUBERKOLOSIS
9. KAJIAN IMPLEMENTASI RENCANA AKSI NASIONAL (RAN) ELIMINASI KANKER LEHER RAHIM

Seiring dengan transformasi sistem kesehatan di Indonesia, kebijakan nasional Rencana Aksi Nasional (RAN) Eliminasi Kanker Leher Rahim (EKLR) sejalan dengan Strategi Global yang dicanangkan oleh World Health Organization dalam mengendalikan kanker serviks adalah sangat tepat. Kesenjangan pelayanan kanker leher rahim pada implementasi strategi nasional dapat diatasi melalui kesiapan fasilitas kesehatan, mulai dari tatanan pelayanan primer (puskesmas dan laboratorium kesehatan daerah) hingga pelayanan tersier (rumah sakit) dalam memberikan pelayanan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif berupa imunisasi, skrining, tatalaksana lesi pra kanker dan kanker invasif. Peningkatan kesiapan alat/bahan, sumber daya manusia (SDM), dan prosedur, serta mampu layanan (khusus RS) akan mendukung implementasi RAN eliminasi kanker leher rahim pilar pertama. Melalui langkah konkrit mempersiapkan dan meningkatkan seluruh aspek alat/bahan, SDM, dan prosedur yang tersedia, Indonesia akan mampu mencapai target eliminasi kanker leher rahim 2030.

Rekomendasi Kebijakan:

Dari gambaran kesiapan fasilitas kesehatan dalam mengimplementasikan Pilar 1 RAN Eliminasi Kanker Leher Rahim, beberapa rekomendasi kebijakan yang disampaikan yaitu:

Vaksinasi HPV di Puskesmas

1. Direktorat Pengelolaan Imunisasi P2P Kemenkes RI
 - Membuat sistem pemantauan yang dapat memastikan pemenuhan kebutuhan vaksin sesuai dengan target yang ditetapkan
 - Membuat perencanaan skrining termasuk format skrining pra imunisasi

Skrining DNA HPV di Puskesmas

1. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
 - Menyusun dokumen perencanaan kebutuhan dalam penyediaan alat dan bahan skrining DNA HPV
 - Menyusun kebijakan terkait pelatihan skrining DNA HPV bagi petugas
2. Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota

- Memastikan kepatuhan Puskesmas dalam menjalankan prosedur manajemen spesimen

Pemeriksaan DNA HPV di Labkesda

1. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
 - Akselerasi pengadaan *reagen* PCR dan ekstraksi yang sesuai dengan jenis alat.
 - Sosialisasi Petunjuk Pelaksanaan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dengan pemeriksaan DNA HPV.
 2. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Kemenkes RI
 - Merencanakan pemenuhan kebutuhan tenaga Ahli Teknik Laboratorium Medis (ATLM) dan Dokter Spesialis Patologi Klinik (Sp.PK)
 3. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kemenkes
 - Mengkaji peluang pemanfaatan Labkesmas Tier 3 sebagai laboratorium rujukan pemeriksaan DNA HPV
 4. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Pusdatin/DTO
 - Menyediakan sistem pencatatan dan pelaporan yang terintegrasi yang mencakup penerimaan spesimen sampai pelaporan hasil
10. KAJIAN IMPLEMENTASI PILOT PROJECT PENGEMBANGAN MODEL PELAYANAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT

Pada tahun 2024, selain melakukan kajian dan riset implementasi, Pusjak Upaya Kesehatan melakukan Quality Control Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (QC RKMK) dan Quality Control Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (QC RPMK). Rincian QC RKMK dan RPMK yang dilakukan oleh Pusjak Upaya Kesehatan dapat terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.15 Tabel Quality Control Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Tahun 2024

No	Judul Telaah QC RKMK	Unit Utama
1	Telaah Staf tentang Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) tentang Rujuk Balik Penyakit Kronis ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	Ditjen Yankes
2	Telaah atas Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Data Pusat Kesehatan Masyarakat Teregistrasi Semester I Tahun 2024	Ditjen Kesmas
3	Telaah Cepat RKMK tentang Rencana Induk (Master Plan) Pengembangan	Ditjen Yankes

No	Judul Telaah QC RKMK	Unit Utama
	Bangunan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin, Palembang – Sumatera Selatan	
4	Telaah Cepat RKMK Tata Kelola Remunerasi Bagi Pejabat Pengelola, Pegawai, dan Dewan Pengawas BLU RS di Lingkungan Kemenkes	Ditjen Yankes
5	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan Standar Akreditasi Rumah Sakit	Ditjen Yankes
6	Review Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan Standar Akreditasi Rumah Sakit	Ditjen Yankes
7	Review RKMK tentang Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Laksana Akupunktur Medis	Ditjen Yankes
8	Review RKMK tentang Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Laksana Obesitas Dewasa	Ditjen Yankes
9	Review Cepat RKMK Penyampaian Hasil Reviu Cepat Pedoman Teknis Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu	Ditjen Yankes
10	Review RKMK tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kanker Secara Multidisiplin di RS	Ditjen Yankes
11	Review RKMK tentang Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Laksana Sarkopenia	Ditjen Yankes
12	Review RKMK tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Mata	Ditjen Yankes
13	Hasil Reviu/ Quality Control (QC) terhadap Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) tentang Standar Produk Terapi Gizi Bagi Balita Gizi Buruk	Ditjen Kesmas
14	Hasil Reviu Cepat terhadap Penyampaian Revisi RKMK tentang	Ditjen Kesmas

No	Judul Telaah QC RKMK	Unit Utama
	Komite Penanggulangan Penyakit Respirasi dan Dampak Polusi Udara	
15	Hasil Reviu/Quality Control (QC) terhadap Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) tentang Standar Suplemen Zat Gizi Mikro untuk Ibu Hamil	Ditjen Kesmas
16	Telaah terhadap Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Komite Penanggulangan Penyakit Respirasi dan Dampak Polusi Udara	Ditjen P2P
17	Hasil Reviu / QC RKMK tentang Jenis dan Jadwal Imunisasi Rutin	Ditjen P2P
18	Hasil Reviu / QC RKMK tentang QC Review Peta Jalan Eliminasi Malaria dan Pencegahan Penularan Kembali di Indonesia Tahun 2025-2045	Ditjen P2P
19	Masukan terhadap Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Pemberian Konsesi dan Insentif Bagi Penyandang Disabilitas	Ditjen P2P
20	Telaahan Staf tentang Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) tentang Pelaksanaan Edukasi Pilihan Sehat Melalui Informasi Kandungan Gula, Garam, Lemak dan Kalori Pada Pangan Olahan Siap Saji	Ditjen P2P
21	Masukan terhadap Rancangan Peraturan Menteri Ketenagakerjaan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja dalam Penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja	Ditjen P2P
22	Hasil Reviu Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) tentang Rencana Kanker Nasional Tahun 2024 – 2034	Ditjen P2P

Tabel 3.16 Tabel Quality Control Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (RPMK) Tahun 2024

No	Judul Telaah QC RPMK	Unit Utama
1	Telaah Cepat terhadap RPMK tentang Perubahan Kedua Atas PMK Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan	Ditjen Yankes
2	Review RPMK tentang Sistem Rujukan Perseorangan	Ditjen Yankes

Di dalam proses pencapaian indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan, ada beberapa kendala dan hambatan yang ditemui, antara lain sebagai berikut:

1. Alokasi Automatic Adjustment/AA semua berasal dari uker Pusjak Upaya Kesehatan, termasuk untuk kegiatan prioritas nasional SSGI 2024 dan UKVMP
2. Pelaksanaan kegiatan SSGI yang dilaksanakan dengan mekanisme penyedia untuk pertama kali karena selama ini pelaksanaannya secara swakelola penuh oleh BKPK. Pelaksanaan SSGI baru dilaksanakan di bulan Agustus sehingga pelaksanaan mundur dan harus menjadwalkan ulang. Pengaliran anggaran dari penyedia tidak lancar sehingga pelaksanaan pengumpulan data di lapangan terhambat.
3. Permintaan kegiatan rekomendasi kebijakan dan reuiu rancangan regulasi yang sangat dinamis sesuai arahan pimpinan/kebutuhan program.

Upaya yang dilakukan oleh Pusjak Upaya Kesehatan dalam mengatasi kendala/hambatan tersebut, antara lain sebagai berikut:

1. Pemetaan anggaran dan kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsi Pusjak Upaya Kesehatan.
2. Melakukan revisi informasi kinerja dan revisi anggaran.
3. Melakukan pendampingan dan koordinasi secara intensif dengan penyedia dalam pelaksanaan SSGI.

Tabel 3.17 Sandingan Target dan Capaian Indikator Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2023 dan 2024

Sasaran	Indikator Kinerja	2023			2024		
		T	C	%	T	C	%
Meningkatnya Kebijakan Upaya Kesehatan Berbasis Bukti	Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	75	100	133,33	100	100	100

Sasaran	Indikator Kinerja	2023			2024		
		T	C	%	T	C	%
	Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	75	100	133,33	100	100	100
	Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	75	100	133,33	100	100	100
	Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	80	100	125	100	100	100
	Persentase Kabupaten/ Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	50	100	200	100	100	100

* T = Target, C = Capaian, % = Persentase Capaian

Tabel 3.18 Sandingan Target dan Capaian Indikator Kinerja (Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024)

Sasaran	Indikator Kinerja	2020			2021			2022			2023			2024		
		T	C	%	T	C	%	T	C	%	T	C	%	T	C	%
Meningkatnya penelitian dan pengembangan di bidang sumber daya dan pelayanan kesehatan	Jumlah rekomendasi kebijakan yang dihasilkan dari penelitian dan pengembangan di bidang sumber daya dan pelayanan kesehatan sebanyak 92 naskah rekomendasi	16	21	>100	19	26	>100									
	Jumlah riset evaluasi intervensi kesehatan prioritas terkait sumber daya dan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan sebanyak 5 hasil riset	1	1	100	1	1	100									

Sasaran	Indikator Kinerja	2020			2021			2022			2023			2024		
		T	C	%	T	C	%	T	C	%	T	C	%	T	C	%
	Jumlah hasil Riset Kesehatan Nasional (RISKESNAS) pada wilayah I sebanyak hasil 12 riset	1	1	100	1	1	100									
	Jumlah hasil Riset Kesehatan Nasional (RISKESNAS) pada wilayah IV sebanyak 12 riset	1	1	100	1	1	100									
	Jumlah hasil penelitian dan pengembangan di bidang sumber daya dan pelayanan kesehatan sebanyak 86 hasil penelitian	13	20	>100	15	27	>100									
	Jumlah publikasi karya tulis ilmiah di bidang sumber daya dan pelayanan kesehatan yang dimuat di media cetak dan atau elektronik nasional dan internasional sebanyak 263 publikasi	52	62	>100	52	58	>100									
Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti							50	N/A	N/A	75	100	>100	100	100	100
	Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti							50	50	100	75	100	>100	100	100	100
	Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti							50	50	100	75	100	>100	100	100	100
	Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan							50	30	60	75	100	>100	100	100	100

Sasaran	Indikator Kinerja	2020			2021			2022			2023			2024		
		T	C	%	T	C	%	T	C	%	T	C	%	T	C	%
	Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan							25	27	>100	50	100	>100	100	100	100

* T = Target, C = Capaian, % = Persentase Capaian

Berdasarkan tabel di atas untuk capaian indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan tahun 2020 dan 2024 telah mencapai target yang ditentukan dan sudah terpenuhi.

Di dalam penilaian akuntabilitas kinerja unit kerja, mempunyai salah satu komponen penilaian untuk menyandingkan capaian indikator kinerja satker dengan satker lain yang setingkat, dalam hal ini Pusjak Upaya Kesehatan harus dapat menyandingkan dengan satker Eselon II lainnya. Sandingan capaian kinerja dengan satker setingkat pada tahun 2024, Pusjak Upaya Kesehatan (UK) menyandingkan dengan Pusjak Sumber Ketahanan Kesehatan & Sumber Daya Kesehatan (SKK & SDK). Perbandingan capaian kinerja Pusjak UK dengan Pusjak SKK & SDK tahun 2024 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.19 Sandingan Capaian Indikator Kinerja Pusjak UK dengan Pusjak SKK & SDK Tahun 2024

Sasaran	Indikator Kinerja	Pusjak UK			Pusjak SKK & SDK		
		T	C	%	T	C	%
Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100	100	100	100
	Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100	100	100	100
	Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100	100	100	100

Sasaran	Indikator Kinerja	Pusjak UK			Pusjak SKK & SDK		
		T	C	%	T	C	%
	Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	100	100	100	100	100	100
	Persentase Kabupaten/ Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	100	100	100	100	100	100

* T = Target, C = Capaian, % = Persentase Capaian

Berdasarkan tabel diatas terlihat target yang ditetapkan pada Pusjak Upaya Kesehatan dengan Pusjak SKK & SDK untuk indikator kinerja telah mencapai target yang ditetapkan pada dokumem Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2022-2024.

B. REALISASI ANGGARAN

Pada tahun anggaran 2024, Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan terdapat beberapa kali revisi anggaran yang mengakibatkan penambahan dan pengurangan pagu. Alokasi awal Pusjak Upaya Kesehatan untuk program Kebijakan Pembangunan Kesehatan sebesar RRp 254.893.640.000,- (Dua ratus lima puluh empat milyar delapan ratus Sembilan puluh tiga juga enam ratus empat puluh rupiah). Untuk alokasi akhir program kebijakan pembangunan kesehatan sebesar Rp 257.328.168.000,- (Dua ratus lima puluh tujuh milyar tiga ratus dua puluh delapan juta seratus enam puluh delapan ribu rupiah). Realisasi anggaran pada program Kebijakan Pembangunan Kesehatan sebesar Rp 205.588.258.220,- (Dua ratus lima milyar lima ratus delapan puluh delapan juta dua ratus lima puluh delapan ribu dua ratus dua puluh rupiah)

Sedangkan untuk alokasi awal program Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan unit kerja Pusjak Upaya Kesehatan adalah sebesar Rp 3.236.348.000,- (Tiga milyar dua ratus tiga puluh enam juta tiga ratus empat puluh delapan ribu rupiah). Alokasi akhir program dukungan manajemen sebesar Rp 3.907.338.000,- (tiga milyar sembilan ratus tujuh juta tiga ratus tiga puluh delapan ribu rupiah). Realisasi dari program dukungan manajemen sebesar Rp 3.642.231.062,- (Tiga milyar enam ratus empat puluh dua juta dua ratus tiga puluh satu ribu enam puluh dua rupiah).

Pada bulan Januari 2024 terdapat kebijakan *Automatic Adjustment* Kementerian Kesehatan. *Automatic Adjustment* BKPK TA 2024 ditetapkan sebesar Rp60.000.000.000,- (Enam Puluh Milyar Rupiah). Adapun sumber *Automatic Adjustment* BKPK TA 2024 seluruhnya diambil dari anggaran kegiatan Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.20 Anggaran Blokir *Automatic Adjustment* Pusjak Upaya Kesehatan Tahun Anggaran 2024

No	Kegiatan	Anggaran	Keterangan
1	Persiapan SKMI	Rp7.000.000.000,-	Anggaran blokir
2	SSGI	Rp44.001.651.000,-	- Anggaran blokir Rp38.050.730.000,- - Anggaran non blokir Rp5.950.921.000,-
3	Uji Klink Vaksin Merah Putih	Rp8.998.349.000,-	Anggaran blokir
Total		Rp60.000.000.000,-	

Adanya anggaran blokir *automatic adjustment* pada kegiatan Rekomendasi Kebijakan Evaluasi Percepatan Penurunan Stunting di Indonesia (Studi Status Gizi Indonesia/ SSGI) mengakibatkan beberapa tahapan kegiatan tidak dapat dilaksanakan sesuai dengan timeline. Strategi yang dilaksanakan adalah mengajukan usulan revisi anggaran kewenangan DJA berupa pergeseran anggaran internal di lingkungan BKPK. Adapun revisi anggaran yang dilakukan adalah pergeseran anggaran internal di lingkungan Pusjak Upaya Kesehatan, yaitu dari kegiatan Rekomendasi Kebijakan Pengembangan Vaksin Covid-19 sebesar Rp 2.373.401.000,- (Dua milyar tiga ratus tujuh puluh tiga juta empat ratus satu ribu rupiah) yang tidak terserap. Selain itu juga dilakukan pergeseran anggaran antar unit kerja di lingkungan BKPK yaitu dari Unit Kerja Sekretariat BKPK sebesar Rp 1.860.960.000,- (Satu milyar delapan ratus enam puluh juta Sembilan ratus enam puluh ribu rupiah). Hal tersebut mengakibatkan penambahan anggaran SSGI sebesar Rp 4.234.361.000,- yang semula sebesar Rp 210.762.930.000,- menjadi sebesar Rp 214.997.291.000,-.

Pada bulan Agustus 2024 terbit persetujuan penggunaan anggaran blokir yang berasal dari blokir *automatic adjustment* TA 2024 pada Kementerian kesehatan. Pusjak Upaya Kesehatan mengusulkan buka blokir *automatic adjustment* pada kegiatan SSGI sebesar Rp 14.344.941.000,-, digunakan untuk kegiatan pengumpulan data SSGI. Sehingga anggaran *automatic adjustment* yang ada pada kegiatan SSGI dari semula sebesar Rp 44.001.651.000,- menjadi sebesar Rp.29.656.710.000,-. Sedangkan total anggaran *automatic adjustment* di Pusjak Upaya Kesehatan yang semula sebesar Rp 60.000.000.000,- menjadi sebesar Rp 45.655.059.000,-.

Bulan November 2024 terbit surat Menteri Keuangan Nomor S.1023/MK.02/2024 tanggal 7 November 2024 perihal Langkah-langkah Penghematan Anggaran Belanja Perjalanan Dinas Kementerian/ Lembaga TA 2024. Unit kerja diminta untuk

melakukan penghematan perjalanan dinas secara mandiri melalui mekanisme revisi. Berdasarkan surat Sekretaris Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan nomor PR.04.02/H.I/7102/2024 tanggal 12 November 2024 perihal Distribusi Penghematan Perjalanan Dinas Per Unit Kerja Kantor Pusat BKPK TA 2024 Pusjak Upaya Kesehatan diminta melakukan penghematan belanja perjalanan dinas dengan total sebesar Rp 3.500.000.000,- (Tiga milyar lima ratus juta rupiah). Penghematan perjalanan dinas Pusjak Upaya Kesehatan bersumber dari program Kebijakan Pembangunan Kesehatan Rp 3.352.000.000,- (Tiga milyar tiga ratus lima puluh dua juta rupiah) dan program Dukungan Manajemen sebesar Rp 148.000.000,- (Seratus empat puluh delapan juta rupiah).

Alokasi dan realisasi anggaran Pusjak Upaya Kesehatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.21 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024

a. Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan

KRO	Pagu			Realisasi	% Pagu (Total)	% Pagu (Efektif)
	Awal	Akhir (Total)	Akhir (Efektif)			
6833. Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan						
Kebijakan Bidang Kesehatan	10.188.715.000	7.938.878.000	7.263.577.000	6.693.260.569	84,31	92,15
Koordinasi	10.367.257.000	13.190.662.000	5.300.608.000	4.993.663.274	37,86	94,21
Kebijakan Bidang Kesehatan	234.337.668.000	236.198.628.000	195.756.924.000	193.901.334.377	82,09	99,05
Total	254.893.640.000	257.328.168.000	208.321.109.000	205.588.258.220	79,89	98,69

b. Program Dukungan Manajemen

KRO	Pagu			Realisasi	% Pagu (Total)	% Pagu (Efektif)
	Awal	Akhir (Total)	Akhir (Efektif)			
6797. Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan						
Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	163.790.000	161.700.000	161.700.000	161.250.000	99,72	99,72
Layanan Dukungan Manajemen	1.978.037.000	2.614.887.000	2.580.480.000	2.512.177.780	96,07	97,35
Layanan Manajemen SDM Internal	320.733.000	344.342.000	286.770.000	250.833.990	72,84	87,47
Layanan Manajemen Kinerja Internal	773.788.000	786.409.000	730.388.000	717.969.292	91,30	98,30
Total	3.236.348.000	3.907.338.000	3.759.338.000	3.642.231.062	93,22	96,88

Tabel 3.22 Efisiensi *Automatic Adjustment* (AA) & Efisiensi Perjalanan Dinas
Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024

Uker	Automatic Adjustment	Efisiensi Perjalanan Dinas
Pusjak Upaya Kesehatan	46.655.059.000	3.500.000.000

C. ANALISIS EFISIENSI SUMBER DAYA

1. ANALISIS EFISIENSI ANGGARAN

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja atas Pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga, efisiensi terdiri atas efisiensi output program untuk evaluasi kinerja anggaran tingkat unit Eselon I, dan efisiensi rincian output untuk evaluasi kinerja anggaran tingkat satuan kerja.

Efisiensi dilakukan dengan membandingkan selisih antara pengeluaran seharusnya dan realisasi anggaran dengan alokasi anggaran. Data yang dibutuhkan untuk pengukuran efisiensi ini meliputi capaian RO, pagu dalam DIPA terakhir dan realisasi anggaran. Pengukuran efisiensi RO di tingkat satuan kerja dilakukan dengan menggunakan 2 pendekatan, sebagai berikut:

- a) Pengukuran di tingkat KRO, dilakukan dalam hal data realisasi anggaran RO tidak tersedia.
- b) Pengukuran di tingkat RO, dilakukan dalam hal data realisasi anggaran RO tersedia.

Efisiensi RO merupakan hasil perbandingan penjumlahan hasil perhitungan dari hasil pengurangan antara hasil perhitungan perkalian alokasi anggaran per RO dan capaian RO per RO dengan realisasi anggaran per RO dengan penjumlahan alokasi anggaran per RO. Nilai tertinggi efisiensi RO adalah 20% dan nilai terendah adalah sebesar -20%.

Untuk pengukuran efisiensi RO dan nilai efisiensi RO tingkat satuan kerja, Pusjak Upaya Kesehatan menggunakan pagu efektif (perhitungan tidak mengikut sertakan pagu yang diblokir baik blokir automatic adjustment maupun efisiensi perjalanan dinas). Pengukuran efisiensi RO yang dilakukan Pusjak Upaya Kesehatan menggunakan pendekatan pengukuran di tingkat RO, dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$E_{RO} = \frac{\sum_{i=1}^n ((AARO_i \times CRO_i) - RARO_i)}{\sum_{i=1}^n (AARO_i)} \times 100\%$$

Keterangan:

E_{RO} : efisiensi RO tingkat satuan kerja

$AARO_i$: alokasi anggaran RO i

$RARO_i$: realisasi anggaran RO i

CRO_i : capaian RO i

Tabel 3.23 Tabel Efisiensi RO Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024

KRO	RO	Capaian RO	Alokasi Anggaran (AARO)	Realisasi Anggaran RO (RARO)	AARO x CRO	(AARO x CRO) - RARO
1	2	3	4	5	(6)=(4)x(2)	(7)=(6)-(5)
Kebijakan Bidang Kesehatan	Rekomendaasi Kebijakan Penguatan Layanan Primer	100%	36.027.000	28.863.000	36.027.000	7.164.000
	Rekomendasi Kebijakan Penguatan Labkesmas	100%	14.440.000	3.913.000	14.440.000	10.527.000
	Rekomendasi Kebijakan Penguatan Jejaring Layanan Rujukan	100%	360.716.000	315.353.276	360.716.000	45.362.724
	Rekomendasi Kebijakan Penguatan Transformasi RS Vertikal	100%	501.651.000	493.131.969	501.651.000	8.519.031
	Rekomendasi Kebijakan Penurunan Stunting	100%	1.241.890.000	1.159.572.217	1.241.890.000	82.317.783
	Rekomendasi Kebijakan Penguatan Imunisasi	100%	104.080.000	82.586.676	104.080.000	21.493.324
	Rekomendasi Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	100%	1.018.174.000	998.450.054	1.018.174.000	19.723.946
	Rekomendasi Kebijakan Penguatan Promosi Kesehatan dan PTM	100%	565.319.000	523.030.277	565.319.000	42.288.723
	Rekomendasi Kebijakan bidang Upaya Kesehatan	100%	3.155.908.000	2.828.898.560	3.155.908.000	327.009.440
	Rekomendasi Kebijakan Tata Kelola Keracunan	100%	265.372.000	259.461.540	265.372.000	5.910.460
Koordinasi	Integrasi dan Sinergi dalam Rangka Pencapaian Pembangunan Kesehatan	100%	4.436.729.000	4.153.962.564	4.436.729.000	282.766.436
	Manajemen Persiapan Survei Konsumsi Masyarakat Indonesia	100%	863.879.000	839.700.710	863.879.000	24.178.290
Kebijakan Bidang Kesehatan	Rekomendasi Kebijakan Evaluasi Percepatan Penurunan Stunting di Indonesia	100%	183.752.168.000	182.029.349.516	183.752.168.000	1.722.818.484
	Rekomendasi Kebijakan Pengembangan Vaksin Covid-19 Melalui Uji Klinik Vaksin Merah Putih (Inovac)	100%	12.004.756.000	11.871.984.861	12.004.756.000	132.771.139
	Jumlah	100%	208.321.109.000	205.588.258.220	208.321.109.000	2.732.850.780
Efisiensi RO Satker			S((AARO x CRO)-RARO)/S(AARO) (8)= S(7)/S(4)		1,31%	

Untuk mendapatkan nilai efisiensi RO satuan kerja menggunakan rumus:

Nilai Efisiensi

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

Keterangan :

NE : Nilai efisiensi
E : Efisiensi

Rumus nilai efisiensi diperoleh dengan asumsi bahwa nilai yang di capai oleh Kementerian/Lembaga (K/L) dalam formula efisiensi sebesar -20% dan nilai maksimal sebesar 20%. Oleh karena itu, perlu dilakukan transformasi skala efisiensi agar diperoleh range nilai berkisar antara 0%-100%.

$$NE = 50\% + \frac{1,31\%}{20} \times 50 = 53,28\%$$

Sesuai dengan perhitungan di atas, maka dapat disimpulkan nilai efisiensi Pusjak Upaya Kesehatan adalah 53,28%.

Dalam mencapai target kinerja, Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan telah menyusun indikator yang memenuhi persyaratan SMART. Penentuan suatu indikator harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Spesifik (*Specific*): indikator harus spesifik dan didefinisikan dengan jelas, dengan makna dan ruang lingkup yang jelas. Maksudnya adalah indikator tersebut harus terfokus pada aspek tertentu dari program atau proyek, dan tidak terlalu luas atau kabur;
2. Terukur (*Measurable*): indikator yang ditetapkan harus dapat diukur sehingga kemajuan menuju tujuan dapat dilacak dari waktu ke waktu. Maksudnya adalah indikator harus mempunyai satuan pengukuran yang jelas;
3. Dapat dicapai (*Achievable*): indikator harus dapat dicapai dan realistis. Maksudnya adalah indikator tersebut dapat diukur secara realistis dengan mempertimbangkan sumber daya dan data yang tersedia;
4. Dapat dipercaya (*Reliable*): Indikator harus relevan dengan tujuan dan sasaran program atau proyek. Maksudnya adalah indikator tersebut harus bermakna dan memiliki hubungan yang jelas dengan hasil yang diharapkan dari program atau proyek;
5. Terikat waktu (*Time-bound*): indikator harus terikat waktu, dengan jangka waktu pengukuran yang jelas. Maksudnya adalah indikator tersebut harus diukur pada titik waktu tertentu untuk melacak kemajuan menuju tujuan.

Untuk penjelasan analisis SMART Pusjak Upaya Kesehatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini,

Tabel 3.24 Analisis SMART Indikator Kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan

SMART	Indikator Kinerja	Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan dibidang Upaya Kesehatan	Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan
Specific		Data dan Informasi tentang kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang dirumuskan dari rekomendasi hasil kajian Bidang Upaya Kesehatan	Data dan Informasi tentang kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang dirumuskan dari rekomendasi hasil kajian Bidang Upaya Kesehatan	Data dan Informasi tentang kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang dirumuskan dari rekomendasi hasil kajian Bidang Upaya Kesehatan	Data dan Informasi tentang kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang dirumuskan dari rekomendasi hasil kajian Bidang Upaya Kesehatan	Data dan Informasi tentang Kabupaten/ Kota yang mengadopsi kebijakan Bidang Upaya Kesehatan Transformasi
Measurable		Indikator diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Indikator diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Indikator diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Indikator diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Indikator diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan
Achievable		Target dapat dicapai berupa dokumen penilaian maupun dokumen pendukung lainnya	Target dapat dicapai berupa dokumen penilaian maupun dokumen pendukung lainnya	Target dapat dicapai berupa dokumen penilaian maupun dokumen pendukung lainnya	Target dapat dicapai berupa dokumen penilaian maupun dokumen pendukung lainnya	Target dapat dicapai berupa dokumen penilaian maupun dokumen pendukung lainnya
Reliable		Data tercapai berdampak pada tercapainya sasaran kegiatan Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	Data tercapai berdampak pada tercapainya sasaran kegiatan Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	Data tercapai berdampak pada tercapainya sasaran kegiatan Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	Data tercapai berdampak pada tercapainya sasaran kegiatan Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	Data tercapai berdampak pada tercapainya sasaran kegiatan Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti
Time Bond		Data kebijakan/ regulasi pada tahun berjalan	Data kebijakan/ regulasi pada tahun berjalan	Data kebijakan/ regulasi pada tahun berjalan	Data kebijakan/regulasi pada T-1	Data kebijakan/ regulasi pada tahun berjalan

2. ANALISIS EFISIENSI SUMBER DAYA MANUSIA

Sumber daya manusia aparatur Pusjak Upaya Kesehatan sebanyak 63 orang ASN yang terdiri dari 1 orang pejabat struktural, 52 orang pejabat fungsional dan 10 orang jabatan pelaksana. Sesuai dengan Surat Edaran (SE) Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Nomor HK.02.02/III/5182/2022 tentang Perumpunan Jabatan, maka jabatan teknis yang ada di Pusjak Upaya Kesehatan adalah JF Administrator Kesehatan, JF Analis Kebijakan. Bila melihat kondisi saat ini Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan belum efisien, karena pekerjaan yang seharusnya dibagi dengan empat jabatan fungsional secara tugas dan fungsi secara merata belum terlaksana karena secara analisis kebutuhan masih

kekurangan tenaga di jabatan analis kebijakan, administrator kesehatan, Hal ini merupakan sebuah indikator bahwa kemampuan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan dengan benar belum terwujud dari segi sumber daya manusia karena masih adanya jabatan fungsional yang berperan sebagai inti teknis penyusunan rekomendasi kebijakan belum terpenuhi dan terisi, untuk lebih jelasnya perhatikan gambar berikut;



Gambar 3.1 Kondisi Sumber Daya Manusia Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024

Dari gambar diatas terlihat jelas bahwa kebutuhan tenaga penyusun rekomendasi kebijakan berdasarkan analisis beban kerja sebanyak 84 kebutuhan, sementara yang ada saat ini sebanyak 39 orang, sehingga terdapat kekurangan sebanyak 45 pegawai. Kondisi inilah yang saat ini terjadi di Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan, sampai saat ini hanya 46,43% kebutuhan yang terpenuhi. Selain kondisi tersebut adanya perpindahan atau alih jabatan fungsional peneliti menjadi fungsional analis kebijakan dan administrator Kesehatan yang membutuhkan adaptasi, serta kondisi sumber daya manusia yang kurang mengakibatkan munculnya ketidakefisienan dan ketidakefektifan pekerjaan.

BAB 4

PENUTUP



Pencapaian indikator kinerja kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan pada tahun 2024 tercapai sesuai dengan target yang ditentukan dalam dokumen Penetapan Kinerja Tahun 2024 dan dokumen revisi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2022-2024.

Pencapaian pada Tahun 2024 tidak terlepas dari berbagai kendala yang ditemui selama proses pencapaian target, berupa penugasan khusus dari Menteri Kesehatan terutama belum teralokasi anggaran belanja jasa lainya untuk pendampingan Riset Evaluasi Implementasi Kebijakan Kesehatan (Implementing Research/IR) swakelola tipe 2 yang dilaksanakan oleh perguruan tinggi. Penugasan lainnya yaitu melakukan quality control (QC) terhadap rancangan regulasi yang masuk Prolegkes. Namun demikian, kendala-kendala tersebut dapat diatasi dengan berbagai upaya tindak lanjut dengan melakukan revisi anggaran dan mengusulkan anggaran IR dan QC yang cukup, agar ke depannya tidak ditemukan kembali kendala yang sama.

Kendala lainnya adalah besarnya anggaran automatic adjustment (AA) di Pusjak Upaya Kesehatan yang sangat berpengaruh terutama pada kegiatan prioritas nasional yaitu Survei Status Gizi Indonesia (SGI) Tahun 2024. Pelaksanaan SSGI 2024 yang baru efektif berjalan pada bulan Agustus menyebabkan mundurnya penyelesaian kegiatan.

Penyampaian Laporan Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan merupakan wujud keterbukaan informasi publik terhadap capaian kinerja Pusjak Upaya Kesehatan selama Tahun Anggaran 2024 berdasarkan komitmen yang tercantum didalam penetapan kinerja. Laporan kinerja ini diharapkan dapat menjadi tolak ukur keberhasilan maupun kegagalan dan upaya-upaya mengatasi kendala-kendala yang dihadapi dalam melaksanakan kegiatan pencapaian target agar kegagalan tersebut tidak lagi terulang di masa yang akan datang.

Untuk mempersiapkan pelaksanaan kegiatan Tahun 2025 berdasarkan evaluasi kegiatan di Tahun 2024 diperlukan beberapa strategi yang harus dilakukan di antaranya monitoring kegiatan yang melibatkan seluruh pimpinan dan jajarannya untuk meningkatkan kinerja.

LAMPIRAN

PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN

**1. PERJANJIAN KINERJA PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN TAHUN 2024
- AWAL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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

Nama : Dwi Puspasari
Jabatan : Plt. Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Syarifah Liza Munira
Jabatan : Kepala Badan Kebijakan Pembangunan 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 2024

Pihak Kedua,

Syarifah Liza Munira

Pihak Pertama

Dwi Puspasari

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN**

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100
		2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100
		3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100
		4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	100
		5. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	100
2.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	1. Persentase Realisasi Anggaran BKPK	96

Kegiatan

Anggaran

1. Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan	Rp	254.893.640.000
2. Dukman pelaksanaan program di BKPK	Rp	3.236.348.000
Total Anggaran Unit Kerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan	Rp	258.129.988.000

Jakarta, Januari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

Syarifah Liza Munira



Dwi Puspasari

**2. PERJANJIAN KINERJA PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN TAHUN 2024
– AKHIR**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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

Nama : Dwi Puspasari
Jabatan : Plt. Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Syarifah Liza Munira
Jabatan : Kepala Badan Kebijakan Pembangunan 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, Desember 2024

Pihak Kedua,

Syarifah Liza Munira

Pihak Pertama

Dwi Puspasari

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN**

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100
		2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100
		3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100
		4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	100
		5. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	100
2.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	1. Persentase Realisasi Anggaran BKPK	96

Kegiatan	Anggaran
1. Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan	Rp 257.328.168.000
2. Dukman pelaksanaan program di BKPK	Rp 3.907.338.000
Total Anggaran Unit Kerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan	Rp 261.235.506.000

Jakarta, Desember 2024

Pihak Kedua,



Syarifah Liza Munira

Pihak Pertama



Dwi Puspasari

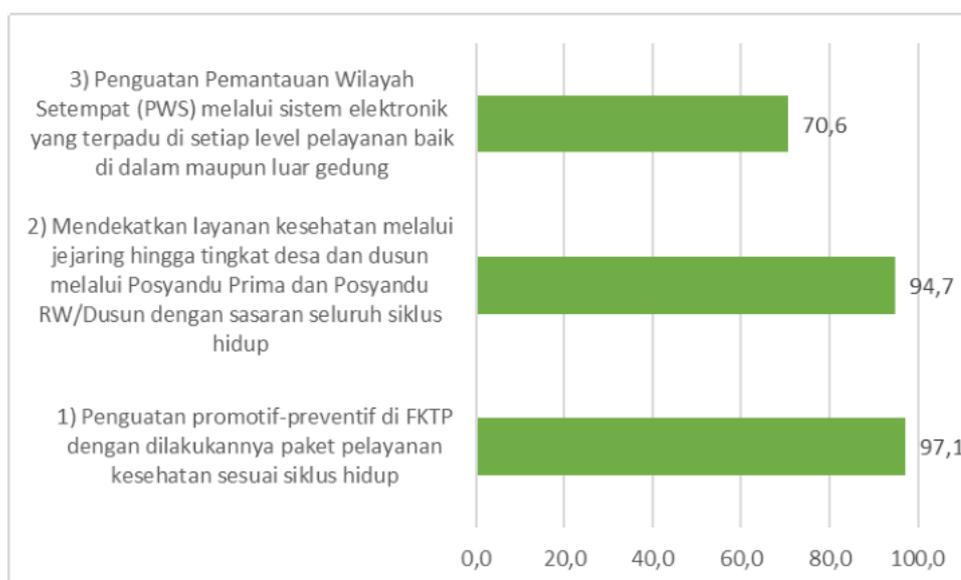
3. INDIKATOR KINERJA 1-4

No	Nama Kebijakan	Agenda Setting	Formulasi Kebijakan	Nilai
A Peraturan di Atas Peraturan Menteri				
1	Peraturan Pemerintah tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	87,7	90,1	89,1
B Peraturan Setingkat Peraturan Menteri				
1	KMK No. HK.01.07/MENKES/1645/2024 tentang Rujuk Balik Penyakit Kronis ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	68,3	83,7	76,2
2	KMK No. HK.01.07/MENKES/109/2024 tentang Jenis dan Jadwal Imunisasi Program	59,8	82,4	71,4
3	HK.01.07-MENKES-1341-2024 tentang Produk Terapi Gizi bagi Balita Gizi Buruk	91,3	77,7	84,6
4	HK.01.07-MENKES-1094-2024 tentang Standar Akreditasi dan Biaya Survei Akreditasi Rumah Sakit			
C Peraturan Dibawah Peraturan Menteri				
1	SE No. HK.02.01- MENKES-133-2024 tentang Dukungan Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan pada Pemilihan Umum dan Pemilihan Kepala Daerah Tahun 2024	64,9	96,7	81,0
2	KepDirjen Yankes No. HK.02.02/D/43961/2024 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit			
D Kebijakan yang Disusun Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Upaya Kesehatan Tahun 2023				
1	Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	94,4	96,7	95,7
2	SE Dirjen P2P No. HK.02.02-C-380-2023 tentang Vaksinasi COVID-19 Dosis Booster Ke-2 bagi Kelompok Masyarakat Umum	68,3	86,3	77,5
3	KMK No 1458/2023 tentang Penyelenggaraan Penelitian Klinik di RS			

1.

4. INDIKATOR KINERJA 5

Pilar 1. Transformasi Layanan Primer (N=514 kab/kota)		
Indikator	N	%
1. Penguatan promotif-preventif di FKTP dengan dilakukannya paket pelayanan kesehatan sesuai siklus hidup	499	97,1
2. Mendekatkan layanan kesehatan melalui jejaring hingga tingkat desa dan dusun melalui Puskesmas Pembantu dan Posyandu RW/Dusun dengan sasaran seluruh siklus hidup (Integrasi Layanan Primer)	487	94,7
3. Penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) melalui sistem elektronik yang terpadu di setiap level pelayanan baik di dalam maupun luar gedung	363	70,6
Jumlah Kab/Kota Mengadopsi Transformasi Layanan Primer	514	100,0



Pilar 2. Transformasi Layanan Rujukan (N=514 kab/kota)		
Indikator	N	%
1. Pemenuhan sarana RS mampu PONEK	473	92,0
2. Peningkatan jejaring RS rujukan terutama untuk pelayanan diagnostik invasif Penyakit Jantung (Pasang ring jantung, Bedah jantung terbuka, Intervensi non-bedah jantung/Cathlab)	263	51,2
3. Peningkatan jejaring RS rujukan terutama untuk pelayanan Stroke (Trombektomi/ coiling, Bedah syaraf terbuka/ clipping)	256	49,8
4. Peningkatan jejaring RS rujukan terutama untuk pelayanan Kanker (Bedah tumor dasar dan kemoterapi, Terapi radiasi, bedah kanker stadium lanjut)	249	48,4

Pilar 2. Transformasi Layanan Rujukan (N=514 kab/kota)

5. Peningkatan jejaring RS rujukan terutama untuk pelayanan Penyakit Ginjal (Uronefrologi) (hemodialisis dan CAPD, Terapi batu saluran kemih dewasa dengan teknik invasif minimal, Skiring calon transplantasi ginjal, Transplantasi ginjal, Pelayanan bedah kelainan kongenital ginjal	299	58,2
Jumlah Kab/Kota Mengadopsi Transformasi Layanan Rujukan	514	100

