



LAPORAN KINERJA

**PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN
TAHUN 2025**



Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan 2025

© Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan, 2026

Pengarah :

Dwi Puspasari, SKM, M.Sc

Tim Penyusun :

- Mitri Rahmawati, SKM, MKM
- Agnes Putri Apriliani, S.Si, ME
- Frita Ramdaniar, S.I.Kom, MAP
- Tri Wahyuningsih, S.Pd
- Muhamad Saefullah, S.Ak



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, Laporan Kinerja Tahunan Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan Tahun 2025 sebagai perwujudan akuntabilitas dan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi serta penggunaan anggaran telah tersusun dengan baik.



Laporan kinerja ini memuat ringkasan keluaran kegiatan dan hasil capaian sasaran yang telah direncanakan. Melalui penyusunan laporan kinerja ini, diharapkan dapat disajikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai, sekaligus sebagai upaya perbaikan berkelanjutan bagi instansi pemerintah dalam meningkatkan kinerjanya.

Laporan Kinerja Tahunan ini disusun 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. Berdasarkan peraturan tersebut, pengukuran kinerja dilakukan melalui indikator kinerja kegiatan dan target yang telah ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2025

Kami menyampaikan terima kasih dan apresiasi kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Laporan Kinerja Tahunan Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan Tahun 2025. Kami berharap laporan ini dapat bermanfaat sebagai bahan evaluasi dan masukan dalam pengelolaan kinerja guna mendorong peningkatan akuntabilitas kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan di masa mendatang.

Jakarta, 30 Januari 2026
Plt. Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan,

Dwi Puspasari



IKHTISAR EKSEKUTIF

Kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (Pusjak UK) Tahun 2025 menunjukkan hasil yang sangat baik berdasarkan target Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dalam Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029. IKK persentase kabupaten/kota di Wilayah I yang memiliki kebijakan pendukung indikator Rencana Kesehatan Nasional melampaui target 15% dengan capaian 17,6%. Sementara itu, IKK persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan melampaui target 80% dengan capaian 118%.

Selain capaian indikator, Pusjak UK juga melaksanakan Quality Control terhadap 4 Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (RPMK) dan 10 Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) yang berasal dari unit utama terkait, khususnya Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan serta Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas.

Dari sisi anggaran, realisasi Pusjak UK mencapai 96,21%, yang menunjukkan bahwa penyerapan anggaran telah sesuai dengan target yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja. Namun, nilai efisiensi (NE) masih berada pada angka 59,46%, yang mengindikasikan bahwa pemanfaatan anggaran belum sepenuhnya sebanding dengan capaian kinerja yang dihasilkan.

Kondisi tersebut terjadi di tengah keterbatasan sumber daya manusia, di mana ketersediaan SDM baru mencapai 44,04% dari kebutuhan ideal. Meskipun demikian, sebagian besar rincian output berhasil dicapai, dengan 9 dari 10 rincian output mencapai 100%. Hal ini menunjukkan adanya optimalisasi sumber daya yang tinggi, namun juga mengindikasikan peningkatan beban kerja, perangkapan fungsi, dan potensi risiko terhadap kualitas serta keberlanjutan kinerja.

Secara keseluruhan, kinerja Pusjak UK Tahun 2025 menunjukkan hasil yang sangat baik dari sisi pencapaian indikator dan penyerapan anggaran. Namun, nilai efisiensi yang masih relatif rendah menjadi perhatian penting dan menunjukkan perlunya penguatan perencanaan, penajaman prioritas kegiatan, serta optimalisasi pemanfaatan sumber daya agar kinerja yang dicapai semakin sebanding dengan penggunaan anggaran dan berkelanjutan di masa mendatang.



01	Pendahuluan & Analisis Situasi	
	Latar Belakang _____	01
	Maksud dan Tujuan _____	01
	Tugas, Fungsi & Struktur Organisasi _____	02
	Sumber Daya Manusia _____	04
	Isu Strategis Organisasi _____	08
	Dasar Hukum _____	08
	Sistematika _____	09
02	Perencanaan Kinerja	
	Rencana Strategis tahun 2025-2029 _____	11
	Sasaran Strategis 2025-2029 _____	14
	Perjanjian Kinerja _____	16
03	Akuntabilitas Kinerja	
	Capaian Kinerja _____	19
	Realisasi Anggaran _____	57
	Analisis Efisiensi Sumber Daya _____	61
04	Penutup	
	Penutup _____	66
	Lampiran	



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Komposisi Aparatur Sipil Negara Pusjak Upaya Kesehatan berdasarkan Jabatan Fungsional Tahun 2025	4
Tabel 1.2	Komposisi Aparatur Sipil Negara Pusjak Upaya Kesehatan berdasarkan Kelompok Umum Tahun 2025	5
Tabel 1.3	Komposisi Aparatur Sipil Negara Upaya Kesehatan berdasarkan Kelompok Tingkat Pendidikan Tahun 2025	6
Tabel 1.4	Komposisi Aparatur Sipil Negara Pusjak Upaya Kesehatan berdasarkan Golongan Tahun 2025	7
Tabel 1.5	Daftar nama ASN - PPPK Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025	7
Tabel 2.1	Indikator Kinerja Kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan pada Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029	15
Tabel 2.2	Analisis SMART Indikator Pusjak Upaya Kesehatan	16
Tabel 2.3	Penetapan Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025 (awal)	17
Tabel 2.4	Penetapan Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025 (revisi)	18
Tabel 3.1	Capaian Indikator Kinerja Kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025	19
Tabel 3.2	Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional wilayah I	20
Tabel 3.3	Daftar Kebijakan/Peraturan Daerah yang mendukung indikator rencana kesehatan nasional wilayah I	20
Tabel 3.4	Capaian indikator persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	23
Tabel 3.5	Daftar Judul Kajian/Riset Implementasi/Telaah Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025	23
Tabel 3.6	Daftar perubahan rincian output berdasarkan revisi informasi kinerja Tahun 2025	27

Tabel 3.7	Quality Control Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (RPMK) Tahun 2025 _____	52
Tabel 3.8	Quality Control Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Tahun 2025 _____	52
Tabel 3.9	Anggaran Pusjak Upaya Kesehatan berdasarkan DIPA awal Tahun 2025 _____	57
Tabel 3.10	Anggaran Pusjak Upaya Kesehatan berdasarkan Pagu Efektif Tahun 2025 (Pasca Revisi Informasi Kinerja) _____	58
Tabel 3.11	Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025 _____	59
Tabel 3.12	Sandingan capaian indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024-2025 berdasarkan Renstra Tahun 2022-2024 (revisi) ____	59
Tabel 3.13	Sandingan capaian indikator Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024 dan 2025 berdasarkan Renstra Tahun 2025-2029 _____	60
Tabel 3.14	Sandingan capaian dan target Renstra Tahun 2025-2029 _____	60
Tabel 3.15	Sandingan capaian indikator Pusjak Upaya Kesehatan dengan Pusjak Sistem Ketahanan Kesehatan Tahun 2025 _____	61
Tabel 3.16	Penilaian Efisiensi Anggaran _____	62



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Struktur Organisasi Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (Permenkes No.21 Tahun 2024)	3
Gambar 1.2 Struktur Organisasi Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan	4
Gambar 1.3 Komposisi Pegawai berdasarkan Jenis Kelamin	5
Gambar 1.4 Komposisi ASN Pusjak Upaya Kesehatan berdasarkan Kelompok Umur tahun 2025	6
Gambar 1.5 Komposisi ASN Berdasarkan Pendidikan Tahun 2025	6
Gambar 1.6 Komposisi ASN Berdasarkan Golongan Tahun 2025	7
Gambar 3.1 Kegiatan Diseminasi Hasil Survei Status Gizi Indonesia 2024	54
Gambar 3.2 Kegiatan Forum Nasional Gizi 2025	55
Gambar 3.3 Kegiatan Workshop Evidence-Based Nutrition Health Policy Conference insight from National Nutrition Survey (SSGI) 2024	56
Gambar 3.4 Kondisi Sumber Daya Manusia Pusjak Upaya Kesehatan 2025	64

A. Latar Belakang

Untuk mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik, perlu diterapkan sistem pertanggungjawaban yang tepat, akurat dan terukur sehingga proses penyelenggaraan pemerintahan dapat berjalan secara bertanggung jawab, bersih dan bebas dari KKN (korupsi, kolusi dan nepotisme). Oleh sebab itu, diharapkan seluruh instansi pemerintahan wajib mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas dan fungsi berdasarkan rencana strategis yang sudah ditetapkan .

Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (Pusjak UK) sebagai salah satu unit Eselon II Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan berkewajiban menyusun **Laporan Kinerja** sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan fungsi yang telah diamanahkan dan tercantum di dalam Rencana Strategis (RENSTRA) Kementerian Kesehatan 2025-2029, Rencana Aksi Program (RAP) Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan tahun 2025-2029 dan Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Pusjak Upaya Kesehatan tahun 2025-2029. Penyusunan laporan kinerja ini mengacu kepada Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah

Penyampaian Laporan Kinerja ini merupakan wujud dari keterbukaan informasi terhadap capaian kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan selama tahun 2025 berdasarkan komitmen awal yang tercantum di dalam 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 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.

B. Maksud dan Tujuan

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

1. Menyampaikan pertanggungjawaban capaian kinerja Pusjak Upaya Kesehatan sebagai unit Eselon II atas perjanjian kinerja dengan Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan yang telah ditetapkan pada tahun 2025;
2. Memberikan gambaran tingkat capaian pelaksanaan kegiatan.

Tujuan penyusunan LKj Pusjak Upaya Kesehatan, sebagai berikut:

1. Sebagai laporan pertanggungjawaban kegiatan dan anggaran tahun 2025 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.

C. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pemberian rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan. Fungsi yang diselenggarakan oleh BKPK, yaitu:

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. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan pelaksanaan penguatan kebijakan Pembangunan kesehatan;
5. Pelaksanaan administrasi Badan; dan
6. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

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. 21 Tahun 2024.

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

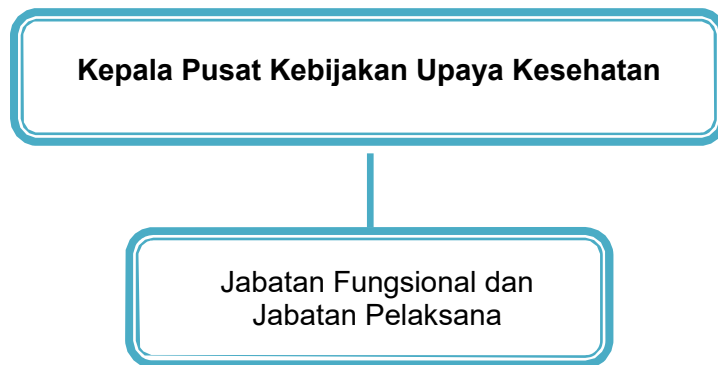
- a) Penyusunan kebijakan teknis penguatan kebijakan di bidang upaya kesehatan;
- b) Pelaksanaan analisis dan perumusan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan;
- c) Pelaksanaan diseminasi dan advokasi rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan;
- d) Pelaksanaan integrasi dan sinergi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan;

- e) Pemantauan, evaluasi dan pelaporan; dan
- f) Pelaksanaan urusan administrasi pusat.

Susunan organisasi Pusjak Upaya Kesehatan terdiri dari:

- a) Kepala Pusat; dan
- b) Kelompok Jabatan Fungsional dan Jabatan Pelaksana

Struktur organisasi Pusjak Upaya Kesehatan sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 dapat dilihat di bawah ini.



Gambar 1.1 Struktur Organisasi Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (Permenkes No. 21 Tahun 2024)

Pusjak Upaya Kesehatan pada tahun 2025 ini dipimpin oleh Plt. Kepala Pusat Pusjak Upaya Kesehatan. Dalam melaksanakan tugas teknis sehari-hari, Plt. Kepala Pusjak Upaya Kesehatan dibantu oleh 7 (tujuh) Tim kerja sesuai dengan surat keputusan Plt. Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan nomor HK.02.03/H.II/755/2025 tentang Penunjukkan Ketua Tim Kerja dan Anggota Tim Kerja di Lingkungan Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan.

Tim Kerja di lingkungan Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Tim Kerja Kebijakan Strategi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM);
2. Tim Kerja Kebijakan Strategi Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP);
3. Tim Kerja Kebijakan dan Strategi Tata Kelola Mutu Fasyankes Primer;
4. Tim Kerja Kebijakan dan Strategi Layanan Kesehatan Lanjutan dan Klinis;
5. Tim Kerja Kebijakan dan Strategi Tata Kelola dan Mutu Fasyankes Lanjutan;
6. Tim Kerja Kebijakan Integrasi Layanan Kesehatan;
7. Tim Kerja Dukungan Manajemen



Gambar 1.2 Struktur Organisasi Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (SK Plt. Kapusjak Upaya Kesehatan No. HK.02.03/H.II/755/2025)

D. Sumber Daya Manusia

Pada semester I, jumlah pegawai di Pusjak Upaya Kesehatan tercatat sebanyak 50 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS). Namun pada semester II, terjadi mutasi pegawai keluar sebanyak 2 (dua) orang PNS dan pengangkatan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPJK) 2025 yang telah lulus seleksi sebanyak 11 orang, sehingga total Aparatur Sipil Negara (ASN) di Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan berjumlah 59 orang.

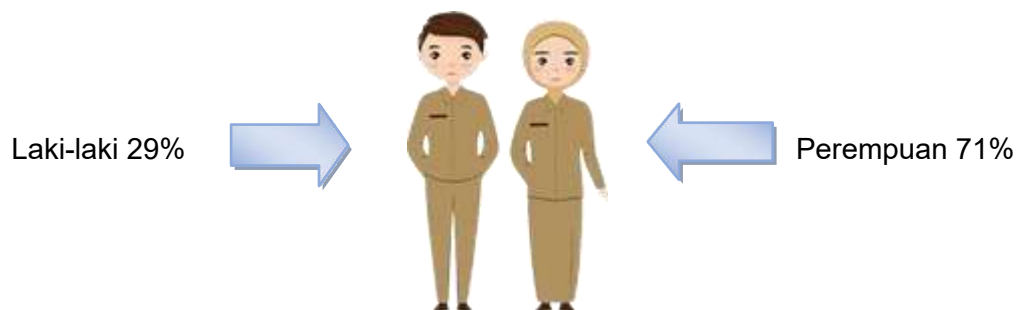
Sejalan dengan implementasi Peraturan Menteri PANRB Nomor 17 Tahun 2021 tentang Penyetaraan Jabatan Administrasi ke dalam Jabatan Fungsional, Kementerian Kesehatan telah melaksanakan penyederhanaan jabatan administrasi. Komposisi pegawai di Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan terdiri atas 50 orang pejabat fungsional dan 9 (sembilan) orang pegawai pada jabatan pelaksana. Jabatan fungsional yang terdapat di Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan mencakup 9 (sembilan) jenis jabatan fungsional. Komposisi jabatan fungsional pada Pusjak Upaya Kesehatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.1 Komposisi ASN Pusjak Upaya Kesehatan berdasarkan Jabatan Fungsional Tahun 2025

No	Jenis Jabatan Fungsional	Jenjang Fungsional	Jml	Total
1	Struktural		0	0
2	Analisis Kebijakan	Madya	6	23
		Muda Pertama	8	
3	Administrator Kesehatan	Muda	10	14
		Pertama	4	
4	Analisis Sumber Daya Manusia Aparatur	Muda	1	1
		Pertama	0	
5	Perencana	Muda	1	3
		Pertama	2	

6	Pranata Komputer	Pertama	0	2
		Pertama	2	
7	Pranata Keuangan APBN	Terampil	1	1
8	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN	Muda	2	3
		Pertama	1	
9	Arsiparis	Muda	1	2
		Pertama	1	
10	Pranata Sumber Daya Manusia Aparatur	Mahir	1	1
11	Jabatan Pelaksana		9	9
Total			59	59

Pada tahun 2025, pegawai Pusjak Upaya Kesehatan (PNS dan P3K) yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 42 orang (71%) sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 17 orang (29%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

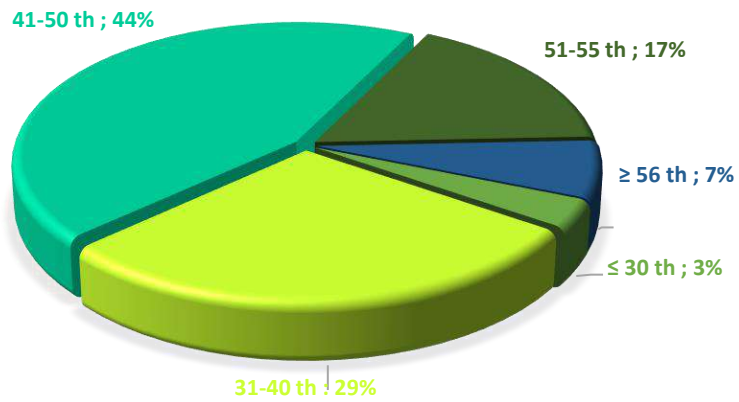


Gambar 1.3 Komposisi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin

Jika dilihat komposisi pegawai dari kelompok umur, ASN Pusjak Upaya Kesehatan sebagian besar masuk ke dalam kelompok umur 41-50 tahun sebanyak 26 orang (44,07%). Untuk kelompok umur ≤ 30 tahun sebanyak 2 orang (3,39%), 31-40 tahun sebanyak 17 orang (28,81%), kelompok 51-55 tahun sebanyak 10 orang (16,95%) dan kelompok umur ≥ 56 tahun sebanyak 4 orang (6,78%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.

Tabel 1.2 Komposisi ASN Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2025

No	Usia	Jumlah	%
1	≤ 30 tahun	2	3
2	31-40 tahun	17	29
3	41-50 tahun	26	44
4	51-55 tahun	10	17
5	≥ 56 tahun	4	7
Total		59	100

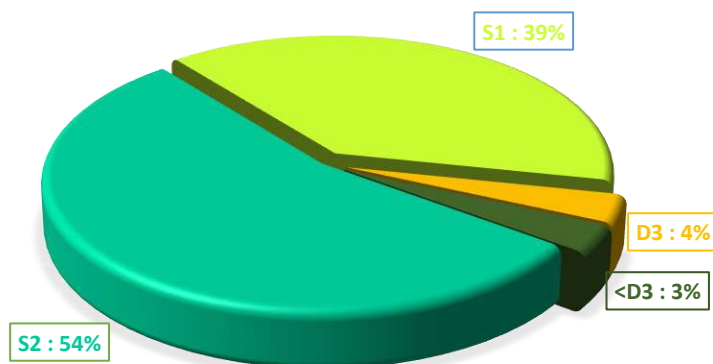


Gambar 1.4 Komposisi ASN Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2025

Jika ditinjau dari jenjang Pendidikan, sebagian besar jenjang pendidikan ASN Pusjak Upaya Kesehatan adalah S2 sebanyak 32 orang, S1 sebanyak 23 orang, D3 sebanyak 2 orang dan SLTA sebanyak 2 orang. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dan gambar dibawah ini.

Tabel 1.3 Komposisi ASN Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2025

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
1	S2	32	54
2	S1	23	39
3	D3	2	3
4	< D3	2	3
Jumlah		59	100

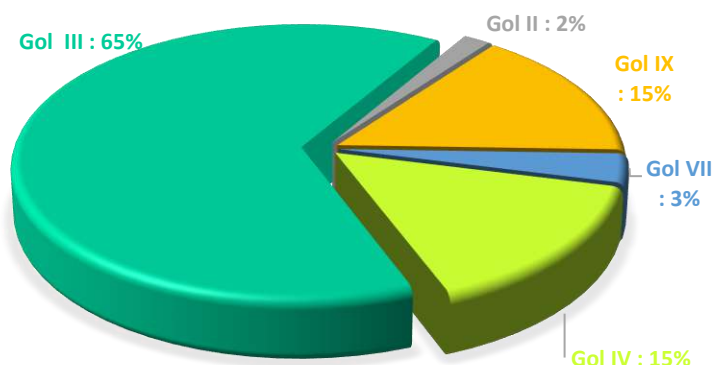


Gambar 1.5 Komposisi ASN Pusjak UK Berdasarkan Jenjang Pendidikan

Komposisi ASN Pusjak Upaya Kesehatan tahun 2025, jika ditinjau dari tingkat golongan, yang terbanyak adalah PNS golongan III sebanyak 38 orang. Untuk PNS golongan IV sebanyak 9 orang, PNS golongan II sebanyak 1 orang, P3K golongan IX sebanyak 9 orang dan P3K golongan VII sebanyak 2 orang. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.

Tabel 1.4 Komposisi ASN Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Golongan Tahun 2025

No	Golongan	Jumlah	%
1	IV	9	15
2	III	38	64
3	II	1	2
4	IX	9	15
5	VII	2	3



Tabel 1.6 Komposisi ASN Pusjak Upaya Kesehatan Berdasarkan Golongan Tahun 2025

Berikut merupakan daftar nama Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) di lingkungan Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan Tahun 2025.

Tabel 1.5 Daftar Nama ASN - PPPK Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan Tahun 2025

No	Nama	Jabatan
1	drg. Dahlia Triningsih	Administrator Kesehatan Ahli Pertama
2	Dandi Tedja Permana, SE	Analisis Kebijakan Ahli Pertama
3	Asri Guswati Pertiwi, S.Kom	Analisis Kebijakan Ahli Pertama
4	Mutia Agroli, S.Hum	Analisis Kebijakan Ahli Pertama
5	Donny Octavianus Tamara, SE	Analisis Kebijakan Ahli Pertama
6	Annisa Rachmawati, S.KPm	Analisis Kebijakan Ahli Pertama
7	Muhamad Saefullah, S.Ak	Perencana Ahli Pertama
8	Hendra Tri Wibowo, S.Kom	Pranata Komputer Ahli Pertama
9	Winda Lesdiana, SE	Pelaksana Layanan Operasional
10	Mardiansyah, SE	Pelaksana Layanan Operasional
11	Indra Gunawan, Amd	Pelaksana Layanan Operasional

E. Isu Strategis Organisasi

Isu strategis pada Pusjak Upaya Kesehatan pada tahun anggaran 2025, sebagai berikut:

1. 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.
2. Perubahan Struktur Organisasi Tata Kerja (SOTK) di dalam Kementerian Kesehatan tertuang di dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 21 Tahun 2024. Di dalam Permenkes tersebut, BKPK mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pemberian rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan, tidak terdapat fungsi penelitian tetapi masih ada kegiatan riset/survey yang bersifat penugasan diamanahkan kepada Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan.
3. Pengawasan kebijakan atau regulasi yang dihasilkan oleh Kementerian Kesehatan.
4. Pemantapan kegiatan perumusan kebijakan upaya Kesehatan.
5. Kebijakan mutasi keluar pegawai menyebabkan beban kerja meningkat

F. 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 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
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);

G. Sistematika

Laporan Kinerja ini menggambarkan pencapaian kinerja Pusjak Upaya Kesehatan pada Tahun 2025. Sistematika penyusunan Laporan Kinerja Tahun 2025 adalah sebagai berikut :

- Bab I Pendahuluan dan Analisis Situasi, menjelaskan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yg sedang dihadapi organisasi. Pada bab ini terdiri Latar Belakang, Analisis Situasi 2025, 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



A. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029

Arah kebijakan yang tertuang dalam Prioritas Nasional 4 dan berkaitan dengan peran kunci Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan kesehatan dan gizi masyarakat diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan gizi penduduk berbasis siklus hidup mulai dari 1.000 hari pertama kehidupan, anak termasuk anak usia sekolah dan remaja, dewasa, dan lanjut usia dengan penekanan pada penguatan edukasi, peningkatan cakupan, kualitas, dan tata laksana layanan kesehatan dan intervensi perbaikan gizi sesuai standar, serta mencegah kematian dini dan meningkatkan harapan hidup sehat. Hal tersebut dilakukan melalui:

Penurunan kematian ibu dan anak, dengan seluruh persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar, serta memperkuat deteksi dini faktor risiko dan kapasitas pelayanan kegawatdaruratan ibu dan anak;

- a) Pencegahan dan penurunan stunting, dengan meningkatkan cakupan dan pencegahan dan penurunan stunting, dengan meningkatkan cakupan dan kualitas serta integrasi intervensi kunci yang berfokus pada penguatan faktor determinan di masing-masing kelompok sasaran;
 - b) peningkatan pelayanan kesehatan dan gizi bagi balita dan anak pra sekolah, usia sekolah dan remaja, usia dewasa, dan lansia serta keluarga berencana dan kesehatan reproduksi; serta
 - c) penyelenggaraan pemeriksaan kesehatan gratis.
2. Pengendalian penyakit dan pembudayaan hidup sehat diarahkan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit dengan memperkuat pencegahan dan deteksi dini faktor risiko, tata laksana kasus, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan hidup sehat, serta menerapkan pembangunan berwawasan kesehatan. Hal tersebut dilakukan melalui:
 - a) Penuntasan tuberkulosis;
 - b) eliminasi penyakit kusta dan schistosomiasis;
 - c) pengendalian penyakit menular lainnya terutama HIV/AIDS dan eliminasi penyakit tropis terabaikan lainnya seperti malaria;
 - d) pengendalian penyakit tidak menular dan peningkatan upaya kesehatan jiwa;
 - e) Pengarusutamaan pembudayaan hidup sehat, melalui peningkatan literasi kesehatan, penggerakan masyarakat, dan mewujudkan tatanan berbudaya hidup sehat, yang didukung dengan implementasi promotif di fasilitas pelayanan kesehatan secara holistik;

- f) pembudayaan hidup sehat dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular terutama pengendalian konsumsi produk berdampak negatif bagi kesehatan seperti produk hasil tembakau dan pangan tinggi garam, gula, dan lemak antara lain dengan penerapan dan peningkatan tarif cukai secara bertahap, inovasi pajak, pengetatan iklan, pencantuman peringatan bergambar bahaya merokok, dan penerapan label gizi, serta pemenuhan dan prasarana yang mendukung pola hidup sehat aktivitas fisik; serta penyehatan lingkungan; dan
 - g) derajat kesehatan masyarakat tentunya tidak hanya dipengaruhi oleh program kesehatan, namun kebijakan maupun program di luar sektor kesehatan juga turut berkontribusi dalam mempengaruhi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pembangunan berwawasan kesehatan atau dikenal sebagai Health in All Policies (HiAP) hadir untuk memperkuat kolaborasi multisektor dalam seluruh pembangunan sektoral agar mempertimbangkan aspek kesehatannya.
3. Penguatan kapasitas ketahanan kesehatan diarahkan untuk melindungi penduduk dari ancaman kedaruratan kesehatan, termasuk penyakit emerging dan re-emerging, dengan meningkatkan kemampuan dalam mencegah, mendeteksi, dan merespons secara efektif dan cepat.
- Hal tersebut dilakukan melalui:
- a) penguatan surveilans, pengendalian kejadian luar biasa atau wabah dan penanganan bencana, dengan meningkatkan kapasitas laboratorium dan pos pintu masuk negara;
 - b) Pemenuhan sediaan farmasi dan pengendalian resistensi antimikroba; serta
 - c) Penguatan sistem pengawasan pangan dan sediaan farmasi termasuk memperkuat pengawasan siber dan farmakovigilans, serta penegakan hukum terhadap kejahatan obat dan makanan.
4. Penguatan pelayanan kesehatan dan tata kelola diarahkan untuk meningkatkan pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang inklusif di seluruh wilayah hingga tingkat desa, afirmasi/pendekatan khusus/modifikasi pelayanan kesehatan bagi daerah sulit akses, pemberdayaan masyarakat dan swasta dalam penyediaan layanan kesehatan, termasuk peran kader kesehatan, penguatan jejaring layanan kesehatan primer berbasis tatanan, mendorong inovasi pelayanan kesehatan, serta meningkatkan kualitas pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan. Hal tersebut dilakukan melalui:
- a) Investasi pelayanan kesehatan primer;
 - b) Pembangunan rumah sakit lengkap berkualitas di kabupaten/kota dan pengembangan modifikasi pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil yang sulit akses pelayanan kesehatan termasuk pengembangan layanan berbasis kompetensi, terutama kanker, jantung, stroke, uronefrologi, dan kesehatan ibu dan anak;

- c) Produksi dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan untuk pemenuhan dan pemerataan sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan, antara lain melalui restrukturisasi kewenangan pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan;
- d) Penguatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan pendanaan kesehatan termasuk reaktivasi peserta non-aktif, penguatan kendali mutu dan biaya pelayanan kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional, serta pengembangan skema pendanaan inovatif untuk kesehatan; serta
- e) Penguatan tata kelola, data, informasi, dan inovasi teknologi kesehatan, termasuk peningkatan kapasitas daerah dalam perencanaan, pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pembangunan kesehatan.

Selaras dengan Rencana Pembangunan Nasional dan Rencana Induk Bidang Kesehatan, arah kebijakan Kementerian Kesehatan untuk 5 (lima) tahun ke depan yaitu “Menjamin pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk di setiap kelompok umur dan wilayah melalui penguatan transformasi kesehatan untuk mencapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya”.

Arah kebijakan tersebut selaras dengan Visi Pembangunan Kesehatan dalam Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK) 2025-2029, yang bertujuan untuk memastikan masyarakat yang sehat dan produktif sebagai modal dasar pembangunan dalam menyongsong visi jangka panjang Indonesia Emas 2045. RIBK 2025-2029 akan mewujudkan peningkatan angka harapan hidup, peningkatan angka harapan hidup sehat, peningkatan indeks cakupan layanan kesehatan semesta, dan pemeliharaan angka fertilitas total yang ideal. RIBK 2025-2029 mengusung enam (6) sasaran strategis sebagai berikut:

1. Masyarakat Sehat

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat pada setiap tahap kehidupan, mulai dari 1000 hari pertama kehidupan, anak, remaja, dewasa, hingga lanjut usia. Strategi ini dilaksanakan melalui peningkatan layanan kesehatan primer dan sekunder yang terintegrasi, dengan pendekatan siklus hidup yang komprehensif. Pendekatan ini memastikan bahwa setiap kelompok usia memperoleh pelayanan yang sesuai kebutuhannya, mengurangi kesenjangan kesehatan, mencegah penyakit kronis, dan secara keseluruhan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam jangka panjang.

2. Komunitas Gaya Hidup Sehat

Program pembangunan kesehatan mendorong penguatan upaya promotif dan preventif melalui edukasi dan pemberdayaan masyarakat. Implementasinya mencakup kampanye literasi kesehatan terkait berbagai topik kesehatan seperti imunisasi, gizi seimbang, olahraga dan gaya hidup aktif, anti rokok, penggunaan narkoba, keluarga berencana, kehamilan berisiko, kesehatan mental, sanitasi & kebersihan lingkungan, skrining penyakit dan kepatuhan pengobatan. Peningkatan kesadaran dan perubahan perilaku masyarakat menjadi kunci dalam mencegah timbulnya penyakit dan meningkatkan kualitas hidup.

3. Layanan Kesehatan yang Baik, Adil dan Terjangkau

Pemerintah berkomitmen untuk memperluas cakupan dan meningkatkan mutu layanan kesehatan dengan memastikan bahwa seluruh masyarakat, khususnya kelompok rentan, memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas. Strategi ini dilakukan melalui peningkatan kapasitas infrastruktur, sumber daya manusia, dan pembiayaan, serta penyediaan layanan kesehatan yang terjangkau di seluruh wilayah.

4. Sistem dan Ketahanan Kesehatan yang Tangguh dan Responsif

Ketahanan sistem kesehatan menjadi salah satu prioritas sektor kesehatan, khususnya dalam mengantisipasi krisis kesehatan. Penguatan dilakukan melalui pengembangan sistem deteksi dan respons dini, peningkatan kapasitas laboratorium, infrastruktur kesehatan, serta kemandirian industri farmasi dan alat kesehatan. Pengalaman pandemi COVID-19 menunjukkan perlunya sistem kesehatan yang mampu merespons dengan cepat tanpa mengganggu pelayanan kesehatan rutin. Dengan keterlibatan aktif seluruh pemangku kepentingan, diharapkan terbentuk ekosistem kesehatan nasional yang lebih tangguh dan adaptif.

5. Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang Efektif

Pembangunan kesehatan yang berkelanjutan memerlukan tata kelola yang baik serta pembiayaan yang mencukupi, efisien, dan berorientasi pada hasil. Kedepannya, pembangunan kesehatan akan juga menekankan pentingnya harmonisasi kebijakan pusat dan daerah, transparansi penganggaran, serta keterlibatan sektor swasta dalam pembiayaan kesehatan. Penguatan akuntabilitas dalam tata kelola sistem kesehatan akan mendorong peningkatan efektivitas penggunaan sumber daya secara optimal.

6. Teknologi Kesehatan yang Maju

Dalam mendukung tujuan lainnya, pemanfaatan teknologi digital dan analitik data menjadi pilar penting dalam transformasi sistem kesehatan nasional. Inovasi digital di bidang kesehatan tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi layanan, tetapi juga memperkuat kemampuan sistem dalam mengambil keputusan berbasis bukti (evidence-based decision making). Sasaran strategis ini diraih melalui percepatan adopsi sistem informasi kesehatan yang terintegrasi di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, pengembangan rekam medis elektronik, serta pemanfaatan teknologi seperti telemedisin dan aplikasi pemantauan kesehatan masyarakat. Di sisi lain, peningkatan jumlah dan kapasitas uji klinis juga menjadi komponen penting dalam mendukung inovasi.

B. Sasaran Strategis 2025-2029

Pusjak Upaya Kesehatan merupakan unit eselon II pada Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan analisis, perumusan rekomendasi, dan evaluasi kebijakan di bidang upaya kesehatan. Rancangan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025 - 2029 menyebutkan bahwa sasaran kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan yaitu meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti.

Tabel 2.1 Indikator Kinerja Kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan pada Rancangan Restra Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target				
		2025	2026	2027	2028	2029
Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana kesehatan nasional pada wilayah I	15%	30%	50%	75%	100%
	Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	80%	80%	80%	80%	80%

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-bond*): 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 2.2 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 Meningkatkan upaya kesehatan berbasis bukti	Data tercapai berdampak pada tercapainya sasaran kegiatan Meningkatkan upaya kesehatan berbasis bukti	Data tercapai berdampak pada tercapainya sasaran kegiatan Meningkatkan upaya kesehatan berbasis bukti	Data tercapai berdampak pada tercapainya sasaran kegiatan Meningkatkan upaya kesehatan berbasis bukti	Data tercapai berdampak pada tercapainya sasaran kegiatan Meningkatkan 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

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:

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

Pada awal tahun 2025 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 (awal) Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025 lebih lanjut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.3 Penetapan Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025 (awal)

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	96

Tabel 2.4 Penetapan Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025 (revisi)

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
I	Tujuan 4: Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil, dan berkelanjutan	IT.4. Rasio belanja kesehatan per kapita terhadap usia harapan hidup sehat**	
	Sasaran Strategis 4.1 Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah	ISS 26 Persentase Provinsi dan Kab/Kota yang menyelaraskan Perencanaan Pembangunan dan mencapai target Tahunan Pembangunan**	
	024.11.D1 Program Sumber Daya Kesehatan		
	Sasaran Program: Meningkatkan sinkronisasi kebijakan pusat dan daerah	IKP 26.2 Persentase daerah yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional**	
		IKP 26.4 Nilai kualitas kebijakan Kementerian Kesehatan**	
	7969. Kegiatan Perumusan Kebijakan Pembangunan Kesehatan		
	Sasaran Kegiatan: Meningkatkan kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	IKK 26.2.2 Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional pada wilayah I	15%
IKK 26.4.1 Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan		80%	

Keterangan :

** : Kolaborator (Target Indikator Kinerja tidak ditampilkan)

ISS : Indikator Sasaran Strategis

IKP : Indikator Kinerja Program

IKK : Indikator Kinerja Kegiatan

Tujuan dari pelaporan kinerja adalah memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai dan sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya.

Pengukuran kinerja menjamin adanya peningkatan dalam pelayanan publik dan meningkatkan akuntabilitas dengan melakukan klarifikasi *output* dan *outcome* yang akan dan seharusnya dicapai untuk memudahkan terwujudnya organisasi yang akuntabel. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan antara kinerja yang (seharusnya) terjadi dengan kinerja yang diharapkan.

Akuntabilitas merupakan kewajiban untuk memberikan pertanggungjawaban atau untuk menjawab dan menerangkan kinerja dan tindakan penyelenggara organisasi kepada pihak yang memiliki hak atau kewenangan untuk meminta keterangan atau pertanggungjawaban. Akuntabilitas kinerja merupakan perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan program dan kegiatan.

A. Capaian 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 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. 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 di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.1 Capaian Indikator Kinerja Kegiatan Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	%
Meningkatnya Kebijakan Upaya Kesehatan Berbasis Bukti	Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana kesehatan nasional pada wilayah I	15	17,6	117
	Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	80	118	147

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

1. Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional pada wilayah I
 - a. Definisi Operasional, Cara Perhitungan dan Capaian Output

Definisi operasional Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional pada wilayah I adalah Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan teknis antara lain peraturan, keputusan, surat edaran, memo atau dokumen lain yang dipersamakan yang ditetapkan/dikeluarkan oleh Kepala Daerah dan/atau Kepala Dinas Kesehatan sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung indikator kesehatan nasional pada Wilayah I (Jambi, Sumatera Barat, Jawa Barat, Kalimantan Tengah, Sulawesi Utara, Maluku Utara, Papua Selatan, Sumatera Selatan, dan Banten)

Cara perhitungan Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional pada wilayah I adalah Jumlah kabupaten/kota yang memiliki kebijakan teknis yang mendukung indikator kesehatan nasional pada wilayah I dibagi dengan jumlah total kabupaten/kota pada wilayah I dikali 100% (target capaian dihitung kumulatif).

Tabel 3.2 Capaian Indikator Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional wilayah I

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	%
Meningkatnya Kebijakan upaya Kesehatan Berbasis Bukti	Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional pada wilayah I	15	17,6	117

Tabel 3.3 Daftar Kebijakan/Peraturan Daerah yang Mendukung Indikator Rencana Kesehatan Nasional Wilayah I

NO	KABUPATEN/KOTA	JUDUL PERDA
JAMBI		
1	Kabupaten Batanghari	Keputusan Bupati Batang Hari Nomor 44 Tahun 2025 hal Penetapan Penerima Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Batanghari Tahun Anggaran 2025

NO	KABUPATEN/KOTA	JUDUL PERDA
2	Kabupaten Kerinci	Keputusan Bupati Kerinci Nomor 840/Kep.98/2025 tentang Pembentukan Tim Pengendali Gerakan Orang Tua Asuh Cegah Stunting (GENTING) Kabupaten Kerinci Tahun 2025
3	Kota Jambi	Peraturan Walikota No. 15 Tahun 2025 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah Public Safety Center 119 Pada Dinas Kesehatan Kota Jambi
SUMATERA BARAT		
4	Kota Padang	Keputusan Walikota No. 160 Tahun 2025 Tentang Kriteria Penerima Jaminan Kesehatan Tahun 2025
5	Kabupaten Kepulauan Mentawai	Peraturan Bupati Kepulauan Mentawai Nomor 8 Tahun 2025 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Siberut pada Dinas Kesehatan
6	Kota Solok	Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan (FRAUD) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2025
JAWA BARAT		
7	Kabupaten Bandung Barat	Peraturan Bupati Bandung Barat Nomor 3 Tahun 2025 Berlaku Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat Yang Bersumber Dari Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah
8	Kabupaten Cianjur	Peraturan Bupati Cianjur Nomor 15 Tahun 2025 tentang Bantuan Sosial Kepada Keluarga Berisiko Stunting Dalam Upaya Pencegahan Stunting di Kabupaten Cianjur
9	Kabupaten Garut	Keputusan Bupati Garut Nomor 345 Tahun 2025 tentang Pembentukan Tim Pelaksana Pemeriksaan Kesehatan Gratis Bagi Anak Usia Sekola
10	Kota Bandung	Keputusan Wali Kota Bandung Nomor 441.5/Kep.1455-BagKesra/2025 tentang Tim Pembina Usaha Kesehatan Sekolah Kota Bandung
11	Kota Cimahi	Peraturan Wali Kota Cimahi Nomor 7 Tahun 2025 Tentang Jaminan Kesehatan Bagi Pekerja Bukan Penerima dan Bukan Pekerja
KALIMANTAN TENGAH		
12	Kabupaten Barito Selatan	Keputusan Bupati Barito Selatan Nomor 188.45 / 140 / tahun 2025 tentang Penetapan Tim Percepatan Penurunan Stunting Kabupaten Barito Selatan
13	Kabupaten Barito Timur	Peraturan Bupati Barito Timur Nomor 22 Tahun 2025 tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2025-2028
14	Kabupaten Barito Utara	Peraturan Bupati Barito Utara Nomor 8 Tahun 2025 tentang Jaminan Kesehatan Daerah
15	Kabupaten Gunung Mas	Peraturan Daerah Kabupaten Gunung Mas Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penanggulangan Tuberkulosis
16	Kabupaten Kotawaringin Barat	Peraturan Bupati Kabupaten Kotawaringin Barat Nomor 24 Tahun 2025 Tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)
SULAWESI UTARA		
17	Kabupaten Bolaang Mongondow Utara	Keputusan Bupati 61 Tahun 2025 Penetapan Jumlah Peserta Penerima Bantuan Iuran Daerah Dalam Rangka Penyelenggaraan Program Jaminan

NO	KABUPATEN/KOTA	JUDUL PERDA
		Kesehatan Nasional Di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2025"
SUMATERA SELATAN		
18	Kabupaten Musi Banyuasin	Peraturan Bupati Kabupaten Musi Banyuasin Nomor 7 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Pariwisata Sehat
19	Kabupaten Ogan Komering Ilir	Peraturan Bupati Ogan Komering Ilir Nomor 2 Tahun 2025 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Umum Daerah di Kabupaten Ogan Komering Ilir
20	Kota Palembang	Keputusan Walikota Nomor 41 Tahun 2025 tentang Kategori Karakteristik Wilayah Kerja dan Kemampuan Pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat Kota Palembang
21	Kota Lubuklinggau	Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2025 tentang Pengelolaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan untuk Penyelenggaraan Upaya Kesehatan
BANTEN		
22	Kabupaten Tangerang	Keputusan Bupati Tangerang Nomor 710 Tahun 2025 tentang Penetapan Susunan Keanggotaan Tim Teknis Program Sanitasi Berbasis Pesantren

b. Analisa keberhasilan

Tahapan yang dilakukan untuk mencapai IKK ini, yaitu dengan melakukan identifikasi pemerintah daerah Kabupaten/Kota yang memiliki kebijakan teknis antara lain peraturan, keputusan, surat edaran, memo atau dokumen lain yang dipersamakan yang ditetapkan/dikeluarkan oleh Kepala Daerah dan/atau Kepala Dinas Kesehatan yang mendukung indikator Kesehatan Nasional (indikator mandatory RIBK) melalui laman Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum (JDIH) pemerintah daerah Kabupaten/Kota. Cakupan wilayah I meliputi 9 Provinsi dengan 125 Kabupaten/Kota, yaitu Jambi (11 Kab/Kota), Sumatera Barat (19 Kab/Kota), Jawa Barat (27 Kab/Kota), Kalimantan Tengah (14 Kab/Kota), Sulawesi Utara (15 Kab/Kota), Maluku Utara (10 Kab/Kota), Papua Selatan (5 Kab), Sumatera Selatan (17 Kab/Kota) dan Banten (8 Kab/Kota). Capaian dari kegiatan ini terdapat 22 Kabupaten/Kota dari 7 Provinsi, yaitu Jambi (3 Kab/Kota), Sumatera Barat (3 Kab/Kota), Jawa Barat (5 Kab/Kota), Kalimantan Tengah (5 Kab), Sulawesi Utara (1 Kab), Sumatera Selatan (4 Kab/Kota), dan Banten (1 Kab). Faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target indikator kinerja ini adalah pendampingan yang dilakukan tim kerja Hukum dan Strategi Kebijakan (HSK) Sekretariat BPKP serta keaktifan pemerintah daerah dalam mempublikasikan kebijakan melalui kanal resmi secara rutin.

c. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian IKK ini, kendala yang dihadapi antara lain belum tersedianya instrumen yang digunakan untuk mengukur capaian IKK serta belum optimalnya pemerintah daerah dalam mendokumentasikan kebijakan pada platform digital resmi.

d. Tindak lanjut

- 1) Melakukan koordinasi dengan timker terkait dalam hal ini tim kerja Perencanaan dan Anggaran, Hukum dan Strategi Kebijakan Sekretariat BKPK dan tim kerja Pusjak untuk menyusun dan menetapkan instrumen penukuran capaian IKK yang terstandar dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- 2) Mengoptimalkan mekanisme monitoring dan evaluasi secara berkala untuk memastikan ketersediaan instrumen pengukuran;
- 3) Berkoodinasi dengan tim kerja Perencanaan dan Anggaran Sekretariat BKPK, seluruh tim kerja dan struktural Pusjak Upaya Kesehatan

2. Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan

a. Definisi Operasional, Cara Perhitungan dan Capaian Output

Definisi operasional persentase analisis kebijakan di bidang upaya kesehatan adalah Hasil analisis kebijakan berupa rekomendasi kebijakan baru, evaluasi kebijakan, hasil kajian dan analisis rancangan peraturan perundang-undangan bidang Kesehatan (RUU, RPP, RPerpres, dan RPMK) di bidang upaya kesehatan

Cara perhitungan Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan adalah Menghitung jumlah hasil analisis kebijakan berupa rekomendasi kebijakan baru, evaluasi kebijakan, hasil kajian dan analisis rancangan peraturan perundang-undangan bidang Kesehatan (RUU, RPP, RPerpres, dan RPMK) di bidang upaya kesehatan yang diterima oleh Menteri Kesehatan dan/atau Kepala Unit Utama Kemenkes dalam bentuk disposisi untuk dijadikan dasar kebijakan dibagi total hasil analisis kebijakan di bidang upaya kesehatan yang disusun di tahun berjalan dikali 100%.

Tabel 3.4 Capaian Indikator Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	%
Meningkatnya Kebijakan upaya Kesehatan Berbasis Bukti	Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	80	118	100

Rekomendasi Kebijakan dan Riset Implementasi yang dihasilkan Pusjak Upaya Kesehatan pada tahun 2025, tercantum pada tabel dibawah ini.

Tabel 3.5 Daftar Judul Kajian/Riset Implementasi/Telaah Pusjak Upayan Kesehatan Tahun 2025

No	Judul Kajian/ Riset Implementasi/Telaah	Judul Policy Brief/ Policy Paper	Sumber Dana
1	Riset Implementasi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Berbahan Pangan Lokal untuk Balita Tahun 2025	PMT Lokal sebagai Respons Gizi Akut: Bukti Implementasi dan Arah Penguatan Kebijakan Penanganan Wasting Balita	DIPA BKPK

No	Judul Kajian/ Riset Implementasi/Telaah	Judul Policy Brief/ Policy Paper	Sumber Dana
2	Riset Implementasi Evaluasi Perubahan Implementasi Supplement Tablet Tambah darah (TTD) ke Multi Mikronutrien Suplemen (MMS) pada Ibu Hamil	Mewujudkan Tata Kelola Multi Micronutrients Supplements (MMS) yang baik pada Ibu Hamil berdasarkan Temuan Implementasi dan Implikasi Kebijakan	INEY
3	Kajian Pelayanan Kesehatan Lansia dalam ILP	Penguatan Pelayanan Kesehatan Lansia Dalam Integrasi Layanan Primer (ILP) Melalui Monitoring dan Evaluasi Pilot Strategis	-
4	Riset Implementasi Evaluasi Kemampuan Kader dalam Pemantauan Pertumbuhan Balita	Akurasi Pengukuran Antropometri Kader Masih Rendah, Perbaikan Harus Segera !	DIPA BKPK
5	Kajian Implementasi Kebijakan Evaluasi Penyelenggaraan Laboratorium Kesehatan Masyarakat	Penguatan Tata Kelola Labkesmas Untuk Mendukung Transformasi Layanan Kesehatan Primer	DIPA BKPK
6	Kajian kelayakan perubahan RS Khusus	Perubahan RS Khusus Menjadi RS Dengan Pelayanan Umum: Peluang Atau Tantangan?	-
7	Kajian Pelaksanaan Jejaring Pengampuan KIA di RS dan Puskesmas : Studi Kasus	Mampukah Jejaring Pengampuan KIA sebagai Upaya Solutif dalam Menurunkan Kasus Kematian Ibu dan Bayi?	DIPA BKPK
8	Telaah literatur kebijakan pelayanan dialisis untuk Penyakit Ginjal Tahap Akhir di Indonesia	Kebijakan Peritoneal Dialisis Sebagai Terapi Lini Pertama Untuk Penyakit Ginjal Tahap Akhir di Indonesia	-
9	Kajian Dampak Implementasi Klasifikasi Layanan Rumah Sakit Berbasis Kompetensi	Potensi Percepatan Implementasi Kebijakan Klasifikasi Berbasis Kompetensi untuk Menjamin Akses dan Keberlanjutan Layanan	DIPA BKPK
10	Kajian Skema Pembiayaan Penyakit Yang Menjadi Perhatian Publik (Public Concern)	Optimalisasi Pembiayaan UKM dan UKP oleh Pemerintah dan BPJS pada Penanggulangan Penyakit Menular Prioritas	-

No	Judul Kajian/ Riset Implementasi/Telaah	Judul Policy Brief/ Policy Paper	Sumber Dana
11	Kajian Implementasi Kebijakan Kesiapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN	Dari Krisis Menuju Mutu: Kebijakan Strategis Untuk Percepatan Implementasi KRIS JKN Dan Pelayanan Rumah Sakit Yang Berkelanjutan	DIPA BKPK
12	Kajian Implementasi Kebijakan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis Hari Ulang Tahun Tahap 1	Saatnya Kementerian Kesehatan Memperkuat Fondasi Program PKG	DIPA BKPK
13	Kajian Implementasi Kebijakan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis Hari Ulang Tahun Tahap 2	Skrining Saja Tidak Cukup Tindak Lanjut Memastikan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) Berdampak pada Pengendalian Penyakit	DIPA BKPK

b. Analisa keberhasilan

Dalam rangka pencapaian target, Pusjak Upaya Kesehatan kegiatan penyusunan analisis kebijakan yang berfokus pada isu-isu upaya kesehatan. dalam bentuk rekomendasi kebijakan. Kegiatan yang dilaksanakan dalam mencapai target, antara lain:

1. Berkoordinasi dengan timer Manajemen Implementasi Kebijakan (MIK) Sekretariat BKPK
2. Mengidentifikasi di bidang upaya kesehatan
3. Berkoordinasi dengan unit utama terkait
4. Menyusun dokumen analisis kebijakan (rekomendasi kebijakan)

Penguatan koordinasi dengan unit utama untuk menyelaraskan kebutuhan kajian

c. Kendala yang dihadapi

1. Tingginya jumlah usulan kajian dari unit kerja mitra tidak sebanding dengan ketersediaan anggaran, sehingga tidak seluruh usulan dapat direalisasikan.
2. Keterbatasan waktu pelaksanaan kegiatan. Kegiatan baru dapat dilaksanakan mulai Agustus setelah disetujuinya anggaran revisi informasi kinerja pada Juli 2025.

d. Tindak lanjut

1. Membuat prioritas usulan kajian berdasarkan urgensi dan dampaknya terhadap pencapaian sasaran program
2. Mendorong pelaksanaan kegiatan serta penyerapan realisasi anggaran melalui pemantauan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dan Rencana Penarikan Dana (RPD) tim kerja substansi oleh tim kerja dukungan manajemen.

Berdasarkan DIPA awal tahun 2025, kegiatan kajian yang dilakukan oleh Pusjak Upaya Kesehatan di Tahun 2025 mentargetkan 10 RK, yaitu:

1. Kajian Pengembangan Kebijakan Baru Bidang Upaya Kesehatan
2. Kajian Evaluasi Kebijakan Tata Kelola dan Penguatan Mutu Layanan Kesehatan Primer
3. Kajian Evaluasi Kebijakan Tata Kelola dan Penguatan Mutu Layanan Kesehatan Rujukan
4. Kajian Evaluasi Kebijakan Program Kesehatan Masyarakat Rekomendasi Kebijakan Penguatan Transformasi RS Vertikal
5. Kajian Evaluasi Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
6. Kajian Evaluasi Kebijakan Promosi Kesehatan, Deteksi Dini dan Pengendalian PTM Rekomendasi Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Selain itu, di dalam DIPA awal 2025 terdapat anggaran kegiatan Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI). Namun berdasarkan Permenkes no 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, BKPK tidak lagi mempunyai tugas dan fungsi untuk melaksanakan penelitian kesehatan termasuk survei.

Sehubungan dengan hal tersebut, belum ada ketetapan terkait pelaksana/ penanggungjawab kegiatan SKMI sehingga anggaran kegiatan ini diblokir karena belum adanya data dukung yang lengkap. Kegiatan kajian yang akan dilakukan tahun 2025 sesuai dengan tim kerja baru, yaitu:

1. Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Masyarakat
2. Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Perseorangan
3. Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola Mutu Fasyankes Primer
4. Evaluasi Kebijakan dan Strategi Layanan Kesehatan Lanjutan dan Klinis
5. Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola dan Mutu Fasyankes Lanjutan
6. Evaluasi Kebijakan dan Strategi Integrasi Layanan Kesehatan

Adanya Surat Keputusan Kepala Badan BKPK 02.02/H/63/2025 tentang penunjukkan Ketua Tim Kerja di lingkungan BKPK menyebabkan Perubahan

lingkup tugas pada SOTK baru dan penyesuaian nomenklatur tim kerja baru. Oleh karena itu, perlu dilakukan penyesuaian terkait kegiatan kajian tahun 2025. Penyesuaian kegiatan dilakukan melalui Revisi Informasi Kinerja. Adapun usulan Revisi Informasi Kinerja, sebagai berikut:

Tabel 3.6 Daftar Perubahan Rincian Output berdasarkan revisi Informasi Kinerja Tahun 2025

Semula	Menjadi (Usulan Revisi Informasi Kinerja)
Kajian Evaluasi Kebijakan Tata Kelola dan Penguatan Mutu Layanan Kesehatan Primer	Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Masyarakat
Kajian Evaluasi Kebijakan Tata Kelola dan Penguatan Mutu Layanan Kesehatan Rujukan	Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Perseorangan
Kajian Evaluasi Kebijakan Program Kesehatan Masyarakat	Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola Mutu Fasyankes Primer
Kajian Evaluasi Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Layanan Kesehatan Lanjutan dan Klinis
Kajian Evaluasi Kebijakan Promosi Kesehatan, Deteksi Dini dan Pengendalian PTM	Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola dan Mutu Fasyankes Lanjutan
	Rekomendasi Kebijakan Hasil Pemantauan dan Evaluasi Terpadu PKG

Berikut merupakan kajian dan riset implementasi yang telah dilaksanakan oleh Pusjak Upaya Kesehatan pada Tahun 2025 :

1. Riset Implementasi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Berbahan Pangan Lokal untuk Balita Tahun 2025

Pelaksanaan program PMT berbasis pangan lokal di lapangan menghadapi berbagai tantangan. Hasil Implementation Research (IR) tahun 2023 mengidentifikasi sejumlah kendala dalam penerapan petunjuk teknis (Juknis) PMT. Kendala tersebut mencakup proses verifikasi kriteria sasaran penerima yang belum optimal, pelaksanaan pemantauan dan evaluasi (monev) harian terhadap kepatuhan konsumsi dan tingkat kesukaan anak yang belum konsisten, serta pelaksanaan monev tinggi badan/panjang badan (TB/PB) yang sesuai dengan Juknis 2024 seharusnya dilakukan secara mingguan, namun belum sepenuhnya diterapkan di lapangan. Selain itu, data hasil monev belum dimanfaatkan secara maksimal untuk menetapkan kelulusan penerima program (discharge criteria). Variasi peran pemerintah desa dalam mendukung pelaksanaan program juga turut memengaruhi tingkat keberhasilan, dengan tingkat keterlibatan yang tidak merata antar wilayah.

Tujuan :

1. Mengetahui perbedaan kenaikan berat badan dan perubahan status gizi balita penerima PMT lokal antara wilayah yang pernah menerima PAR tahun 2024 dan wilayah yang tidak menerima PAR;
2. Mengidentifikasi perbedaan implementasi Juknis 2025 antara wilayah yang pernah menerima PAR tahun 2024 dan wilayah yang tidak menerima PAR;
3. Mengkaji faktor pendukung dan penghambat penerapan Juknis 2025 di wilayah yang pernah menerima PAR tahun 2024 dan wilayah yang tidak menerima PAR; dan
4. Mengkaji tren perubahan status gizi seluruh balita di puskesmas lokus berdasarkan bulan timbang tahun 2023, 2024, dan 2025.

2. Evaluasi Perubahan Implementasi Supplement Tablet Tambah darah (TTD) ke Multi Mikronutrien Suplemen (MMS) pada Ibu Hamil

Multi Mikronutrien Suplemen (MMS) menggantikan Tablet Tambah Darah (TTD) karena mengandung lebih banyak zat gizi mikro (15 jenis) dan terbukti memberikan hasil kesehatan ibu dan kehamilan yang lebih baik, terutama pada ibu hamil dengan anemia atau kekurangan energi kronis. Studi menunjukkan MMS dapat menurunkan risiko kematian neonatal dan memperbaiki luaran bayi.

Uji coba pemahaman Juknis MMS tahun 2023 di 6 kab/kota menunjukkan kesiapan daerah dalam distribusi MMS, namun keberhasilan implementasi bergantung pada kejelasan regulasi, dukungan anggaran, kolaborasi lintas sektor, serta perbaikan Juknis dan sosialisasi hingga tingkat puskesmas. Oleh karena itu, diperlukan kajian kebijakan untuk menilai kesiapan dan implementasi perubahan suplementasi dari TTD menjadi MMS di lokus prioritas Kementerian Kesehatan.

Tujuan :

Untuk memberikan rekomendasi perbaikan program pemberian Multi Micronutrient Supplement (MMS) kepada ibu hamil.

Tujuan Khusus:

- a) Memperoleh informasi tentang implementasi perubahan TTD ke MMS, mencakup data jumlah ibu hamil, jumlah kunjungan (K1 dan K4), dan jumlah ibu hamil yang mendapatkan MMS, serta proporsi anemia ibu hamil,
- b) Memperoleh strategi pelaksanaan pemberian suplementasi MMS pada ibu hamil,
- c) Memperoleh informasi tentang kendala dalam pelaksanaan implementasi, dengan berpedoman pada Juknis yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan.
- d) Menilai penerimaan ibu hamil terhadap perubahan TTD menjadi MMS (produk, kemasan, efek samping)

Kesimpulan :

- a) Alokasi MMS di tingkat pusat perlu berbasis kebutuhan di lapangan.
- b) Monitoring dan evaluasi berkala terhadap distribusi MMS di tingkat pusat
- c) Distribusi MMS bertahap dengan dukungan *buffer stock* di tingkat provinsi/kabupaten/kota
- d) Integrasi kebijakan MMS dengan penguatan ANC dini melalui edukasi, pelibatan kader, dan sistem rujukan komunitas.
- e) Penetapan pembagian peran yang jelas dan pendekatan *team-based care* dalam pedoman nasional MMS
- f) Belum ada tupoksi khusus masing-masing tenaga kesehatan terkait dengan sasaran penerima tablet MMS di fasilitas kesehatan
- g) Belum ada pengaturan distribusi MMS secara jelas dalam Juknis MMS
- h) Manajemen logistik belum sesuai juknis MMS
- i) Memperkuat koordinasi antara Puskesmas dengan Jejaring, fasilitas kesehatan swasta.
- j) Pemberian edukasi yang intens kepada ibu hamil oleh petugas kesehatan secara terintegrasi.

Rekomendasi Kebijakan :

- a) Tingkat pusat disarankan menetapkan alokasi MMS dengan menggunakan pendekatan *need-based planning*. Perhitungan kebutuhan sebaiknya mempertimbangkan jumlah ibu hamil aktif, cakupan pelayanan antenatal care (ANC), angka anemia, serta riwayat pemakaian MMS di daerah sebelumnya agar distribusi lebih tepat sasaran dan mencegah kekosongan stok.
- b) Tingkat pusat perlu melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap sistem distribusi MMS, tidak hanya pada aspek jumlah, tetapi juga ketepatan waktu, pemerataan, dan pemanfaatan. Hasil evaluasi ini dapat menjadi dasar perbaikan kebijakan distribusi MMS di periode berikutnya.
- c) Distribusi MMS sebaiknya dilakukan secara bertahap (triwulan atau semester) dengan mekanisme *buffer stock* di tingkat provinsi/Kota/kabupaten. Dengan sistem ini, daerah yang mengalami peningkatan kebutuhan dapat segera memperoleh tambahan tanpa harus menunggu pengajuan ulang yang membutuhkan waktu lama.
- d) Tingkat pusat perlu mengintegrasikan kebijakan MMS dengan upaya penguatan cakupan ANC dini, termasuk edukasi masyarakat, pelibatan kader, dan penguatan sistem rujukan komunitas. Dengan demikian, pemberian MMS dapat lebih optimal dilakukan sejak trimester pertama.

- e) Tingkat pusat disarankan menetapkan pembagian peran yang jelas dan tertulis dalam pedoman nasional MMS, sehingga edukasi tidak hanya bergantung pada satu jenis tenaga kesehatan. Pendekatan tim (*team-based care*) akan meningkatkan efektivitas edukasi dan kepatuhan konsumsi MMS meskipun keterbatasan waktu ANC.
- f) Penetapan Tupoksi Spesifik Tenaga Kesehatan dalam Program MMS Perlu ditetapkan pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas bagi setiap tenaga kesehatan (dokter, bidan, Tenaga Pelaksana Gizi (TPG), Apoteker, tenaga promkes) dalam pelaksanaan program MMS melalui regulasi teknis. Penetapan tupoksi ini penting untuk memastikan kejelasan Penanggungjawab layanan, kesinambungan pelayanan, serta akuntabilitas pelaksanaan di faskes.
- g) Penyempurnaan Petunjuk Teknis Distribusi MMS Perlu dilakukan revisi atau penguatan Juknis MMS yang secara eksplisit mengatur alur distribusi MMS mulai dari tingkat kabupaten/kota hingga ke ibu hamil, termasuk peran puskesmas, jejaring (posyandu, pustu), dan fasilitas kesehatan swasta. Kejelasan pengaturan distribusi akan mencegah tumpang tindih, kekosongan stok, dan ketidaktepatan sasaran.
- h) Penguatan Manajemen Logistik MMS Berbasis Juknis Manajemen logistik MMS perlu disesuaikan secara konsisten dengan juknis yang berlaku melalui peningkatan kapasitas petugas logistik, integrasi pencatatan dan pelaporan stok, serta pemantauan rutin ketersediaan MMS. Pemanfaatan sistem logistik kesehatan yang sudah ada (misalnya pelaporan terintegrasi) perlu dioptimalkan untuk menjamin keberlanjutan program.
- i) Penguatan Koordinasi Lintas Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah daerah perlu memperkuat mekanisme koordinasi antara puskesmas, jejaring pelayanan (posyandu, kader), dan fasilitas kesehatan swasta melalui forum koordinasi rutin, kesepakatan rujukan, serta pelaporan bersama. Koordinasi yang kuat akan memperluas cakupan distribusi MMS dan memastikan seluruh ibu hamil mendapatkan layanan yang setara.

Integrasi Edukasi MMS dalam Pelayanan Antenatal Edukasi kepada ibu hamil terkait manfaat, cara konsumsi, tata cara membuka dan menutup botol, dan kepatuhan minum MMS perlu diberikan secara intensif dan terintegrasi dalam setiap kontak pelayanan antenatal. Edukasi tidak hanya menjadi tanggung jawab satu jenis tenaga kesehatan, tetapi dilakukan secara kolaboratif dan konsisten, dengan dukungan media KIE yang sederhana dan mudah dipahami.

3. Penguatan Pelayanan Kesehatan Lansia Dalam Integrasi Layanan Primer (ILP) Melalui Monitoring dan Evaluasi Pilot Strategis

Pilot pelayanan kesehatan lansia dalam ILP dilaksanakan Kementerian Kesehatan pada Desember 2024–Juni 2025 di 4 provinsi dan 4 kabupaten/kota, dengan masing-masing 1 puskesmas, 1 pustu, dan 1 posyandu sebagai lokus. Monitoring dan evaluasi dilakukan melalui sosialisasi kepada Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan puskesmas lokus pilot, penyebaran kuesioner daring (G-Form) yang diisi mandiri oleh petugas, validasi data melalui telepon, serta pelaksanaan Kelompok Diskusi Terarah (KDT)/Focus Group Discussion (FGD) melalui platform zoom meeting. Hasil monitoring dan evaluasi menunjukkan adanya peningkatan cakupan skrining lansia serta antusiasme pemangku kepentingan daerah. Namun, berbagai tantangan juga teridentifikasi, khususnya terkait kualitas dan sinkronisasi data, keterbatasan observasi lapangan akibat metode daring, serta kendala sistem informasi seperti e-Puskesmas.

Tujuan :

- a) Meyakinkan bahwa pelaksanaan pilot berjalan sesuai dengan rencana.
- b) Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan.
- c) Memberikan rekomendasi perbaikan kebijakan dan implementasi.
- d) Menyediakan bukti kebijakan (*policy evidence*) untuk keputusan *scale up* atau penyesuaian program.

Kesimpulan :

1. Terjadi peningkatan cukup tinggi dalam jumlah lansia yang di skrining geriatri, namun setiap bulannya fluktuatif
2. Terdapat Puskesmas kesulitan merujuk lansia sakit ke FKTL karena belum mempunyai JKN
3. Inovasi dalam *peer group* bisa diperluas, *peer group* bisa dikembangkan juga di Posyandu dan Puskesmas
4. Dengan adanya pilot pelayanan kesehatan lansia menjadi lebih teratur dalam hal proses skrining, tindak lanjut, PJP, *peer group*; yang semakin lama menjadi semakin baik

Rekomendasi Kebijakan :

- 1) Penguatan Pelayanan Kesehatan Lansia dalam ILP
 - Memperkuat skrining aktif lansia berbasis komunitas dan kunjungan rumah.
 - Menjamin keberlanjutan pembiayaan *peer group* lansia dan perawatan jangka panjang (PJP).
 - Meningkatkan kapasitas SDM kesehatan dan kader secara berjenjang.

2) Penguatan Monitoring dan Evaluasi Pilot Strategis

- Mengembangkan desain Monev *hybrid* (luring–daring) yang menyeimbangkan efisiensi dan validasi lapangan.
- Menyederhanakan instrumen pengumpulan data dan meningkatkan kualitas data.
- Menyempurnakan sistem informasi (e-Pus/SatuSehat) agar selaras dengan SOP pelayanan lansia.

3) Tata Kelola dan Pemanfaatan Hasil Monev

- Menetapkan mekanisme formal tindak lanjut rekomendasi Monev lintas unit.
- Mengintegrasikan hasil Monev sebagai prasyarat pengambilan keputusan *scale up* kebijakan.
- Penguatan desain monev, dengan mengembangkan pendekatan *hybrid* (luring–daring) yang memungkinkan efisiensi sekaligus validasi lapangan.
- Penyempurnaan Sistem Informasi melalui penyesuaian aplikasi e-Puskesmas dengan SOP dan alur program pilot.
- Peningkatan Kapasitas Pelaksana, dengan melakukan pelatihan dan *refreshing* juknis secara berkala bagi petugas dan kader.
- Simplifikasi Instrumen melalui penyederhanaan kuesioner untuk meningkatkan kualitas dan konsistensi data.
- Penguatan Tindak Lanjut Kebijakan, dengan menetapkan mekanisme formal untuk memastikan rekomendasi Monev ditindaklanjuti oleh unit terkait.

4. Riset Implementasi Evaluasi Kemampuan Nakes Dan Kader Dalam Pemantauan Pertumbuhan Balita Pasca Pelatihan

Pada tahun 2025, Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat bekerja sama dengan Dinas Kesehatan dan Puskesmas menyelenggarakan pelatihan 25 kompetensi kader melalui LMS Plataran Sehat sebagai platform pembelajaran digital resmi Kementerian Kesehatan. Salah satu fokus pelatihan adalah pemantauan pertumbuhan dan pengukuran antropometri untuk meningkatkan kapasitas kader.

Untuk menilai dampak implementasi kebijakan tersebut, khususnya pada aspek antropometri, dilakukan evaluasi pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan kader melalui penilaian presisi dan akurasi pengukuran dibandingkan dengan standar emas (peneliti) di wilayah lokus Kota Tangerang Selatan.

Tujuan :

Mengetahui kemampuan kader dan tenaga kesehatan terkait pengukuran antropometri dalam mendukung peningkatan kualitas pemantauan pertumbuhan pasca pelatihan.

Kesimpulan:

- a) Pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan termasuk pada kategori baik
- b) Pengetahuan kader secara umum pada kategori baik, kecuali untuk topik panjang badan badan termasuk kategori cukup. Sedangkan keterampilan kader pada semua pengukuran termasuk pada kategori baik
- c) Pengetahuan dan keterampilan enumerator termasuk pada kategori baik
- d) Hasil uji presisi dan akurasi pengukuran antropometri didapatkan beberapa kader memiliki hasil ukur yang presisi namun tidak akurat pada beberapa parameter.
- e) Terdapat perbedaan yang signifikan interpretasi status gizi antara hasil pengukuran peneliti dengan kader yang tidak ikut pelatihan LMS pada indikator BB/TB ($p < 0,05$), sedangkan pada indikator TB/U dan BB/U tidak ditemukan perbedaan.

Rekomendasi Kebijakan:

a) Kementerian Kesehatan

Menambahkan sesi tatap muka dalam pelatihan 25 kompetensi kader yang dilaksanakan melalui LMS, khususnya untuk materi yang memerlukan keterampilan praktis seperti pengukuran antropometri. Sesi ini bertujuan memperkuat kemampuan kader dalam melakukan pengukuran secara tepat dan perlu dicantumkan secara jelas dalam Juknis atau pedoman pelatihan.

b) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

- Melakukan koordinasi intensif dengan Unit Pelaksana Teknis Pelatihan Kesehatan (UPELKES) yang ditunjuk serta puskesmas dalam penyelenggaraan pelatihan 25 kompetensi kader
- Menganggarkan dana untuk kalibrasi alat ukur antropometri dilakukan secara berkala pada instansi pelayanan kalibrasi

c) Puskesmas

- Fasilitasi dari puskesmas selama proses pelatihan 25 kompetensi kader berupa pendampingan berkesinambungan oleh nakes puskesmas. Apabila ada materi yang belum difahami oleh kader bisa dibuka ruang diskusi
- Menyediakan anggaran untuk kegiatan praktik pengukuran antropometri pada saat pelatihan 25 kompetensi dasar dan refreshing kader
- Mengikutsertakan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) dalam peningkatan kapasitas nakes dalam pelatihan 25 kompetensi kader, selamaini hanya melibatkan tenaga promkes saja.

d) Kader

Kader yang dapat menjalankan SOP dan kemampuan mengukur antropometrinya baik, pada saat pelayanan posyandu sebaiknya diberikan tugas sebagai pengukur agar hasil pengukuran dan status gizi balita valid.

5. Kajian Implementasi Kebijakan Evaluasi Penyelenggaraan Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Labkesmas)

Labkesmas berperan strategis dalam transformasi layanan kesehatan primer, namun implementasinya masih menghadapi kesenjangan fungsi, SDM, mutu layanan, dan jejaring antarwilayah. Mekanisme rujukan belum terstandar, standar mutu belum seragam, dan jejaring nasional belum ditetapkan secara resmi, sehingga berdampak pada variasi layanan dan efektivitas respon kesehatan masyarakat. Meski demikian, setiap tier memiliki potensi penguatan sesuai perannya. Untuk mempercepat standardisasi dan kesiapan sistem Labkesmas nasional, diperlukan regulasi jejaring nasional, penyelarasan kelembagaan, digitalisasi sistem rujukan dan mutu, serta pengembangan SDM berbasis tier secara terencana.

Tujuan :

Menilai efektivitas pelaksanaan fungsi Labkesmas pada setiap tier sistem pelayanan, serta mengkaji potensi ekspansi dan tata kelola layanan tersebut dalam menjangkau masyarakat umum secara luas.

Adapun tujuan khusus dari kegiatan ini, adalah:

- a) Memetakan fungsi layanan labkesmas pada setiap tier.
- b) Menelaah pelaksanaan dan pengampuan jejaring Labkesmas di setiap tier, termasuk mekanisme koordinasi antar-tier dan integrasi dengan fasilitas kesehatan lainnya.
- c) Menganalisis faktor pendukung, penghambat dalam penyelenggaraan Labkesmas pada setiap tier.
- d) Menggali potensi ekspansi layanan Labkesmas serta merumuskan tata kelola yang efektif untuk menjangkau masyarakat umum secara lebih luas dan berkelanjutan.

Kesimpulan :

- a) Pemetaan Fungsi Layanan Labkesmas pada Setiap Tier

Pemetaan fungsi menunjukkan seluruh tier telah menjalankan fungsi dasar sesuai mandat, namun dengan tingkat keterlaksanaan yang bervariasi. Tier 1 telah melaksanakan pemeriksaan klinis dan sebagian surveilans, tetapi masih terbatas pada analisis data dan pengujian lingkungan. Tier 2 menjalankan pemeriksaan dasar, logistik, dan sebagian penjaminan mutu, namun fungsi respon KLB, surveilans laboratorium, dan dokumentasi rujukan belum optimal. Tier 3 telah melakukan pembinaan teknis dan layanan lanjutan, tetapi masih lemah dalam pengelolaan biorepositori dan analisis kesehatan berbasis laboratorium. Tier 4 telah melaksanakan sebagian besar fungsi rujukan, termasuk jejaring, penjaminan mutu, dan kemitraan nasional–internasional, meski riset dan inovasi teknologi masih perlu diperkuat. Secara umum, semakin tinggi tier, semakin komprehensif fungsi yang berjalan, namun belum terdapat keseragaman implementasi antar wilayah.

b) Pelaksanaan dan Pengampuan Jejaring Antar-Tier

Pelaksanaan jejaring laboratorium belum terstandarisasi dan masih didominasi komunikasi informal melalui media non-sistemik. Koordinasi dan supervisi belum memiliki jadwal tetap maupun SOP baku. Alur rujukan spesimen belum konsisten mengikuti struktur tier, karena sebagian tier 1 langsung merujuk ke tier 3 akibat keterbatasan tier 2. Pembinaan teknis masih bersifat top-down dari tier 4 dan program vertikal, belum melalui jejaring fungsional. Secara keseluruhan, jejaring sudah terbentuk namun belum matang untuk menjamin kesinambungan pembinaan, mutu, dan rujukan antar-tier.

c) Faktor Pendukung dan Penghambat Penyelenggaraan Labkesmas

Pelaksanaan Labkesmas didukung oleh sarana prasarana yang umumnya memenuhi standar minimal, program nasional berupa bantuan peralatan dan pelatihan, serta komitmen pimpinan daerah, khususnya di wilayah berstatus BLUD. Namun, hambatan utama terletak pada keterbatasan SDM dari sisi jumlah, distribusi, dan kompetensi sesuai tier. Distribusi logistik belum optimal sehingga ketersediaan reagen dan bahan habis pakai tidak stabil. Selain itu, kendala regulasi izin tenaga laboratorium, keterbatasan anggaran daerah, dan belum adanya sistem informasi laboratorium terintegrasi turut menghambat implementasi Labkesmas secara optimal.

d) Potensi Ekspansi Layanan dan Tata Kelola Efektif

Permintaan layanan laboratorium masyarakat terus meningkat, khususnya untuk pemeriksaan kimia klinik, surveilans berbasis laboratorium, dan pengujian lingkungan. Ekspansi layanan sangat potensial jika didukung tata kelola yang jelas, pembiayaan berkelanjutan, dan peningkatan kapasitas SDM. Labkesmas tier 3 dan 4 berpotensi menjadi pusat riset, inovasi, dan pelatihan teknis bagi tier di bawahnya. Namun, diperlukan penguatan penjaminan mutu, pengembangan sistem informasi laboratorium nasional, serta harmonisasi kebijakan pusat dan daerah agar alur layanan, pembiayaan, dan rujukan berjalan konsisten dan terukur.

Rekomendasi Kebijakan :

a) SK Jejaring Labkesmas Nasional

Pemerintah perlu menerbitkan SK Jejaring Labkesmas Nasional yang secara komprehensif mengatur alur rujukan, mekanisme pembinaan, pola supervisi, dan standar jejaring antar-tier sehingga seluruh Labkesmas dari tier 1 sampai tier 4 beroperasi dalam sistem yang seragam, terdokumentasi, dan memiliki kejelasan kewenangan; regulasi ini juga memastikan bahwa fleksibilitas rujukan yang selama ini berjalan informal dapat diselaraskan melalui prosedur resmi tanpa menghambat respons cepat di lapangan.

b) Restrukturisasi Kelembagaan Labkesmas Nasional

Diperlukan restrukturisasi kelembagaan yang menetapkan struktur tier Labkesmas secara seragam di seluruh Indonesia, disertai penyusunan pedoman bersama Kementerian Kesehatan dan Kementerian Dalam Negeri untuk memastikan

penyelarasan nomenklatur Labkesda menjadi Labkesmas, mekanisme kerja lintas tingkat pemerintahan, serta penguatan fungsi klinik–lingkungan–surveilans secara seimbang; restrukturisasi ini penting agar transformasi pasca integrasi BTKL, Balitbangkes, dan Yankes menghasilkan kapasitas yang merata dan tidak lagi terhambat oleh perbedaan asal institusi.

c) Digitalisasi Rujukan dan Mutu Melalui SILab Nasional

Penguatan sistem rujukan laboratorium perlu diwujudkan melalui digitalisasi nasional berbasis platform SILab yang memungkinkan pelacakan spesimen secara real-time, integrasi hasil uji dan supervisi mutu, serta standardisasi dokumen rujukan; langkah ini memfasilitasi transparansi proses layanan, meningkatkan kecepatan pengawasan mutu, dan memastikan bahwa seluruh tier, termasuk daerah terpencil, dapat terhubung dalam satu ekosistem informasi laboratorium yang konsisten.

d) Joint Plan SDM–Mutu 5 Tahun

Kementerian Kesehatan perlu menyusun Joint Plan SDM–Mutu 5 Tahun lintas direktorat yang menetapkan standar kompetensi nasional untuk seluruh jabatan fungsional di Labkesmas, mengatur skema pelatihan nasional secara terstruktur dan berjenjang, serta memastikan adanya mekanisme pendampingan rutin dari tier 4 kepada tier di bawahnya; rencana lima tahunan ini menjadi instrumen utama untuk menutup kesenjangan kapasitas antar-tier, mempercepat akreditasi, dan memastikan keberlanjutan transformasi Labkesmas dalam kerangka pembangunan kesehatan nasional.

6. Kajian Kelayakan Perubahan Rumah Sakit Khusus

Dalam UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024, istilah Rumah Sakit Khusus tidak lagi digunakan. Rumah sakit dituntut memberikan pelayanan paripurna, terintegrasi, dan komprehensif dengan minimal 12 jenis pelayanan. Perubahan ini berdampak pada meningkatnya utilisasi pada RS yang beralih menjadi RS Umum, sementara RS Khusus eksisting cenderung mengalami penurunan. Implementasi kebijakan menghadapi tantangan berupa tingginya biaya investasi, penurunan fokus spesialisasi, perubahan perizinan dan kerja sama BPJS, serta stigma penyakit tertentu. Oleh karena itu, diperlukan strategi percepatan pemenuhan standar dan rebranding bertahap yang didukung regulasi turunan serta perencanaan strategis nasional dan daerah.

Tujuan umum :

Mengetahui kelayakan Rumah Sakit Khusus diubah menjadi Rumah Sakit yang memberikan semua bidang pelayanan dan jenis penyakit sesuai PP Nomor 28 Tahun 2024.

Tujuan khusus :

- a. Menganalisis utilisasi pelayanan RS Khusus;
- b. Memetakan kelayakan RS Khusus dalam pemenuhan 12 jenis pelayanan berdasarkan ketersediaan SDM, sarana prasarana dan peralatan kesehatan;
- c. Menganalisis tantangan, strategi dan dampak perubahan Rumah Sakit Khusus menjadi Rumah Sakit umum (*lesson learned*)

Kesimpulan :

Perubahan RS Khusus menjadi RS yang memberikan pelayanan umum dapat dilakukan dengan penetapan regulasi turunan PP, regulasi pembiayaan yang mampu laksana melalui relaksasi pengaturan tertentu. Pendampingan dan evaluasi bertahap serta mendorong strategi rebranding bersama Pemerintah, Pemilik RS dan Pihak RS dituangkan dalam dokumen rencana strategis Pusat dan Daerah.

Rekomendasi Kebijakan :

a) Kemenkes dan Kemendagri

- Percepatan penyusunan regulasi turunan PP No. 28 Tahun 2024 diperlukan, khususnya terkait pengaturan rumah sakit, meliputi ketentuan masa peralihan berdasarkan peta jalan kesiapan RS, penetapan jenis pelayanan yang dapat atau tidak dapat dipenuhi melalui kerja sama, serta kejelasan adanya diskresi bagi RS dengan kekhususan tertentu.
- Perlu aturan yang mewajibkan bidang dan jenis kekhususan RS sebelumnya menjadi layanan unggulan dengan strata kemampuan minimal utama. Sumber daya yang sudah dimiliki sesuai bidang kekhususan memungkinkan untuk dikembangkan pelayanan dengan kompleksitas yang lebih tinggi dan mutakhir.
- Perlu pendampingan dan evaluasi bertahap dengan cara melakukan pilot project perubahan beberapa RS Khusus dengan pemantauan ketat terhadap dampak kualitas, akses, dan finansial dan evaluasi hasil klinis, pengalaman pasien, dan stabilitas finansial
- Perlu memprioritaskan anggaran Dana Alokasi Khusus bagi RS yang belum memiliki pelayanan intensif dan bedah, karena kedua pelayanan ini merupakan pelayanan yang sulit untuk dipenuhi dan tidak bisa diselenggarakan melalui kerjasama.

b) Pemerintah Daerah

- Perlu advokasi masif ke Pemerintah Daerah untuk berperan aktif dalam percepatan pemenuhan 12 pelayanan minimal di RS sesuai PP 28 tahun 2024. Advokasi dilakukan dalam rangka menggalang komitmen dari pemerintah daerah berupa perencanaan dan alokasi anggaran untuk pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM kesehatan yang menjadi tanggung jawab daerah;

- Penguatan jejaring layanan antara Rumah Sakit dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FPKTP) khususnya untuk pelayanan rujukan dan program rujuk balik
- c) Rumah Sakit
 - Perlu penguatan strategi rebranding untuk membentuk citra positif bagi RS khusus berubah menjadi RS umum. Praktik baik dari 4 RS yang sudah berubah nama menjadi RS umum atau menambah pelayanan umum dan spesialisik lainnya, strategi rebranding seperti redesign, relaunching, renaming dan repositioning cukup mumpuni dalam meningkatkan citra RS, memperluas cakupan pelanggan, dan pada akhirnya meningkatkan kinerja.
 - Berkolaborasi dengan Puskesmas, Klinik dan FKTP lainnya melalui integrasi layanan primer serta pengampuan sesuai pelayanan unggulan yang ditetapkan RS. Misal membuka layanan rawat jalan berdasarkan data epidemiologi setempat, rujukan dan program rujuk balik.

7. Kajian Pelaksanaan Jejaring Pengampuan KIA di RS dan Puskesmas : Studi Kasus

Kajian ini memberikan gambaran baseline pelaksanaan jejaring pengampuan kesehatan ibu dan anak (KIA) pada fase pilot sebagai salah satu strategi untuk memperkuat sistem pelayanan KIA. Secara khusus, kajian bertujuan mengevaluasi kapasitas sarana prasarana, alat, SDM, dan kemampuan pelayanan KIA; mengeksplorasi proses pengampuan; mengukur output dan outcome awal implementasi; serta mengidentifikasi faktor pendukung, hambatan, dan akar permasalahan dalam rangka mendukung pencapaian target nasional penurunan AKI.

Tujuan umum :

Mengevaluasi pelaksanaan pilot jejaring pengampuan KIA di rumah sakit dan Puskesmas, untuk memperkuat sistem pelayanan KIA.

Tujuan khusus :

- a) Memetakan kapasitas sarana, prasarana, alat, SDM, dan kemampuan pelayanan KIA dalam pilot pengampuan KIA.
- b) Mengeksplorasi proses pengampuan KIA dalam pilot pengampuan KIA, sebelum dan sesudah intervensi program
- c) Mengukur dan mengeksplorasi output dan outcome pengampuan KIA dalam pilot pengampuan KIA, sebelum dan sesudah intervensi program
- d) Menganalisis kesenjangan pelaksanaan pilot pengampuan KIA dari strata RS secara berjenjang sampai Puskesmas di Jawa Barat, sebelum dan sesudah intervensi program;

- e) Menganalisis faktor pendukung, penghambat dan akar permasalahan dalam penyelenggaraan pilot pengampuan KIA di Rumah Sakit dan Puskesmas di Jawa Barat, sebelum dan sesudah intervensi program;
- f) Mengukur *implementation outcome* hasil implementasi pengampuan di RS Jejaring Pengampuan.

Kesimpulan :

- a) Terdapat kesenjangan sarana, prasarana dan SPO khususnya keterbatasan akses pelayanan darah, ketersediaan sarana pendukung pelayanan KIA (NICU, OK), serta belum semua fasyankes memiliki standar pelayanan terutama layanan emergensi dan pencegahan infeksi;
- b) Permasalahan tata kelola alat kesehatan karena birokrasi yang kaku, keterbatasan anggaran, dan belum adanya jalur cepat untuk kondisi darurat. Biaya pemeliharaan peralatan terbatas atau tidak dianggarkan, kelemahan sistemik dalam perencanaan dan penganggaran serta tidak adanya sistem reminder kondisi SPA;
- c) Ketersediaan dan distribusi SDMK belum merata, belum mampu memberikan pelayanan 24/7 terutama kasus emergensi, khususnya di daerah/lokasi yang kurang diminati;
- d) Semua RS Lokus belum mampu mencapai indikator keberhasilan pelayanan (*respon time*) disebabkan keterbatasan SDMK 24/7, SPO kasus emergensi, sarana pendukung dan akses pelayanan darah di RS;
- e) Lemahnya sinergi lintas unit/sektor, sehingga belum menjadi budaya kerja “komprehensif & kolaboratif” dalam penjaminan mutu pelayanan;
- f) Tingginya kasus kematian ibu dan bayi salah satu disebabkan keterbatasan jumlah, jenis dan beban kerja SDMK;
- g) Secara keseluruhan, hasil kajian ini menunjukkan bahwa penguatan jejaring pengampuan KIA memiliki potensi strategis untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Namun, kontribusi tersebut hanya dapat optimal apabila diikuti dengan penguatan kebijakan operasional, pemenuhan kapasitas layanan, dan konsistensi implementasi lintas tingkat pelayanan, sehingga selaras dengan target penurunan AKI dalam RPJMN 2025–2029.

Rekomendasi Kebijakan :

- a) Usulan Aksi Tingkat Pusat
 - o Revisi Pedoman Pengampuan KIA

Mengatur secara jelas mekanisme pengampuan dari RS tingkat madya ke dasar, serta melakukan evaluasi menyeluruh terhadap alat pantau kinerja klinis da rujukan agar lebih komprehensif
 - o Revisi Regulasi Indikator Mutu Nasional (INM)

Melakukan review kritis terhadap capaian indikator yang ada saat ini, mempertimbangkan penambahan indikator kunci baru seperti tingkat pengendalian infeksi (HAIs) dan kepatuhan terhadap clinical pathway (misal untuk kasus pre eklampsia)

- Optimalisasi Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Melakukan pendelegasian wewenang terukur dengan memberikan wewenang terbatas dari dokter spesialis kepada dokter umum yang telah ditingkatkan kompetensinya, terutama untuk penanganan kasus emergensi awal, pemberdayaan *Chief Resident* serta skema insentif berbasis kinerja

- Inovasi Pengadaan dan Manajemen Aset Medis

Memastikan ketersediaan dan pemeliharaan alat kesehatan kritis melalui pendekatan pengadaan yang lebih fleksibel dan strategis

- Memperkuat kebijakan operasional jejaring pengampuan KIA melalui penetapan regulasi turunan yang mengikat hingga tingkat daerah, sebagai instrumen strategis untuk memastikan kontribusi jejaring pengampuan terhadap pencapaian target penurunan AKI dalam RPJMN 2025–2029.

b) Usulan Aksi Tingkat Daerah

- Penguatan Jejaring RS

Penguatan pengampuan antar RSUD di wilayah dan pendampingan RS ke FPKTP dengan skala prioritas, yang tertuang dalam dokumen strategis daerah dengan indikator keberhasilan

- Konvergensi Lintas Sektor

Implementasi aksi lintas sektor dalam penurunan AKI-AKB, kolaborasi dengan berbagai pihak untuk sinergi program

- Sistem peminjaman alat terkendali
- Pendayagunaan SDM
- Kombinasi insentif finansial (*allowance* khusus) dan non finansia dan penguatan kredensialing named nakes oleh Dinkes
- Menyusun dan menetapkan regulasi daerah (SK Gubernur/Bupati) tentang jejaring pengampuan KIA guna memastikan kesinambungan implementasi, penguatan system rujukan, dan peningkatan kapasitas layanan maternal-neonatal dalam rangka mendukung pencapaian target nasional penurunan AKI

c) Usulan AKSI Tingkat Fasyankes

- Peningkatan Mutu Berkelanjutan

Audit komprehensif dan berkala dengan melibatkan unit pengawas terkait (SPI, Dewas, Tim TPCB) , tindak lanjut Audit Maternal Perinatal serta penilaian terhadap kepatuhan dalam pencegahan infeksi dan standar pelayanan, serta drill emergensi menjadi bagian yang wajib dilakukan di fasyankes seperti simulasi K3

- Sinergi antara manajemen dan pelayanan

Capacity building dan perencanaan berbasis bukti serta inspeksi dan Audit Rutin: Melakukan inspeksi komprehensif dan berkala terhadap kondisi SPA dan bandingkan dengan dokumen pemeliharaan termasuk evaluasi alur layanan

- Konvergensi Lintas Program/Unit/Sektor

- Mengoptimalkan peran rumah sakit dan puskesmas dalam jejaring pengampuan KIA melalui pemenuhan sarana prasarana prioritas, peningkatan kompetensi SDM, serta standardisasi tata laksana kegawatdaruratan maternal-neonatal, sebagai kontribusi langsung terhadap percepatan penurunan AKI sesuai target RPJMN 2025–2029.

8. Telaah literatur kebijakan pelayanan dialisis untuk Penyakit Ginjal Tahap Akhir di Indonesia

Beban pembiayaan terapi pengganti ginjal bagi pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) di Indonesia sangat tinggi. Saat ini, hemodialisis mendominasi praktik dialisis (94%), meskipun peritoneal dialisis (PD) lebih hemat biaya dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Namun, penerapan PD masih menghadapi kendala berupa belum adanya kebijakan PD-first, keterbatasan fasilitas dan pasokan, kurangnya SDM terlatih, regulasi pembiayaan yang belum mencakup homecare dan pelatihan, serta minimnya edukasi pasien dan dukungan keluarga. Oleh karena itu, diperlukan penguatan kebijakan PD-first melalui roadmap bertahap, revisi regulasi pembiayaan, penguatan SDM, pemerataan fasilitas, dan peningkatan peran FPKTP.

Tujuan umum :

Menganalisis kebijakan pemilihan prioritas dalam pelayanan dialisis pada penyakit gagal ginjal tahap akhir (PGTA)

Tujuan khusus :

- a. Mengetahui praktik baik yang dilakukan di beberapa negara dalam pelayanan dialisis melalui studi literatur
- b. Mengidentifikasi regulasi yang berkaitan dengan kebijakan pelayanan dialisis
- c. Mengidentifikasi kesenjangan pelayanan eksisting dengan hasil benchmark negara lain;
- d. Memberikan alternatif dalam menetapkan kebijakan pelayanan dialisis :
 - o Pembiayaan Hemodialisa (HD) membutuhkan biaya yang lebih tinggi dibandingkan Peritoneal Dialisis(PD)
 - o Beberapa literatur menunjukkan kualitas hidup pasien PD lebih unggul dibandingkan HD karena memberikan fleksibilitas yang lebih tinggi, mengurangi biaya transportasi dan memungkinkan pasien lebih produktif;
 - o Tantangan di beberapa negara hasil benchmark dalam mengembangkan PD terbagi dalam beberapa spek, yaitu :
 - 1) Infrastruktur : belum meratanya fasilitas sarana, prasarana dan peralatan terutama di DTPK;
 - 2) Suplai : Keterbatasan cairan Dialisat yang bergantung pada impor;
 - 3) SDM : kurangnya tenaga medis dan tenaga perawat yang terlatih dengan kompetensi PD serta minimnya program pelatihan terstandar dan berkelanjutan;
 - 4) Klinis : tingginya angka peritonitis pada PD;
 - 5) Sosial : kurangnya edukasi, kepatuhan pasien/keluarga, hygiene dan dukungan caregiver terutama untuk pasien lansia dan disabilitas.

- Adanya kesenjangan antara regulasi tentang pembiayaan jaminan kesehatan dengan petunjuk teknis penggunaan PD menyebabkan hambatan Implementasi PD di lapangan;
- Pada negara yang memiliki kebijakan PD First seperti hongkong dan Thailand, pembiayaan PD sebagian besar dijamin oleh asuransi nasional negara tersebut. Hal ini berdampak pada meningkatnya cakupan pelayanan PD dibandingkan HD.

Rekomendasi Kebijakan :

- a) Perlu kebijakan untuk mendorong PD sebagai terapi lini pertama, oleh karenanya Kementerian Kesehatan perlu mengembangkan strategi kebijakan (roadmap) untuk menetapkan prioritas berdasarkan ketersediaan dan kemampuan penyediaan sumber daya (sarana, prasarana, alat, SDM, dan sumber pembiayaan)
- b) Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan organisasi profesi mereviu berbagai regulasi dan standar pelayanan eksisting yang mendukung implementasi kebijakan PD
- c) Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan perlu revisi paket manfaat pelayanan PD dengan penambahan pembiayaan homecare yang dilakukan oleh RS, pelatihan pasien dan keluarga, pembiayaan FPKTP dalam kesinambungan perawatan dan pemantauan pasien dengan peritoneal dialisis
- d) Memperkuat ketahanan perbekalan kesehatan khususnya larutan dialisis dengan pengembangan produksi dalam negeri oleh perusahaan farmasi baik pemerintah maupun swasta.

9. Kajian Dampak Implementasi Klasifikasi Layanan Rumah Sakit Berbasis Kompetensi

Kebijakan klasifikasi rumah sakit berbasis kompetensi dirancang untuk memperjelas peran rumah sakit dalam sistem rujukan dan memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan rujukan yang bermutu. Studi ini bertujuan menilai kesiapan implementasi kebijakan tersebut pada rumah sakit daerah di wilayah yang belum memenuhi kompetensi dasar, khususnya pada layanan jantung dan pembuluh darah, saraf, dan neonatus.

Berdasarkan analisis kualitatif menggunakan kerangka CFIR pada 15 rumah sakit daerah di tujuh provinsi, ditemukan bahwa kesiapan implementasi masih rendah dan bervariasi, baik antar rumah sakit maupun antar wilayah. Sebagian besar rumah sakit belum siap jika kebijakan diterapkan secara penuh pada tahun 2026, terutama akibat keterbatasan SDM spesialis, ketidaksiapan alat kesehatan dan sarana prasarana, serta lemahnya integrasi kebijakan ke dalam perencanaan rumah sakit dan daerah. Namun demikian, mayoritas responden menunjukkan komitmen dan niat positif, serta optimisme dapat memenuhi kompetensi dasar secara bertahap dalam lima tahun ke depan.

Dari perspektif wilayah, hanya sebagian kecil kabupaten/kota yang telah memiliki modal awal untuk memastikan minimal satu rumah sakit mampu memenuhi kompetensi dasar layanan prioritas. Pada sebagian besar wilayah, pemenuhan kompetensi masih terfragmentasi antar rumah sakit dan belum terkoordinasi secara strategis, sehingga

berisiko mempertahankan ketimpangan akses pelayanan rujukan.

Tujuan umum :

Memberi gambaran kesiapan rumah sakit pada wilayah kabupaten/kota yang belum terdapat fasilitas rujukan tingkat lanjut yang kompeten khususnya layanan kompetensi Jantung dan Pembuluh Darah, Saraf serta neonatus berdasarkan rancangan kebijakan klasifikasi rumah sakit berbasis kompetensi.

Tujuan khusus :

- a) Menggali informasi terkait faktor eksternal yang mempengaruhi kesiapan RS meliputi pemahaman terhadap kebijakan dan regulasi, kebutuhan pasien (demand), katalis/stimulus, serta kemitraan dan jejaring
- b) Menggali informasi terkait faktor internal yang mempengaruhi kesiapan RS meliputi kapasitas internal RS Daerah untuk melaksanakan kebijakan yakni daya yang tersedia (SDM, Alkes, Sarpras) dan keterlibatan kepemimpinan.
- c) Menggali informasi terkait faktor individual yang mempengaruhi kesiapan RS khususnya pemahaman para individu di RS terhadap kebijakan, yang mempengaruhi kesiapan dan kemampuan organisasi dalam melaksanakan kebijakan.
- d) Menggali informasi terkait proses yang telah dilaksanakan di RS untuk mempersiapkan implementasi kebijakan meliputi tahapan yang dilakukan oleh RS Daerah untuk mengimplementasikan kebijakan, yang meliputi perencanaan dan adaptasi.
- e) Menggali informasi terkait potensi luaran dari kebijakan meliputi kesiapan implementasi, niat adopsi, kemampuan implementasi, perkiraan keberlanjutan dan potensi dampak terhadap sistem rujukan.
- f) Merumuskan rekomendasi terhadap perbaikan kebijakan klasifikasi rumah sakit berbasis kompetensi khususnya pada wilayah kabupaten/kota yang masih memiliki keterbatasan dalam implementasi kebijakan.

Kesimpulan :

Kesenjangan antara *demand* pelayanan spesialisik yang sudah tinggi dan *supply* layanan yang belum memenuhi standar mendorong praktik pelayanan sub-standar atau rujukan jarak jauh dengan beban biaya dan risiko klinis bagi pasien. Kebijakan klasifikasi berbasis kompetensi berpotensi memperbaiki ketimpangan ini, namun hanya jika didukung oleh regulasi turunan, skema pembiayaan transisi, dan afirmasi khusus bagi wilayah dengan kapasitas fiskal rendah.

Rekomendasi Kebijakan :

- a) penguatan sosialisasi dan engagement tatap muka lintas sektor di daerah;
- b) Afirmasi APBN berbasis wilayah dan paket kompetensi layanan (SDM–alkes–sarpras); serta
- c) Pengaturan sistem rujukan dan transisi pembiayaan yang fleksibel agar kebijakan tidak justru membatasi akses masyarakat selama fase transisi implementasi kebijakan secara penuh.

10. Kajian Skema Pembiayaan Penyakit Yang Menjadi Perhatian Publik (Public Concern)

Indonesia menempati peringkat kedua dunia untuk beban penyakit TBC, sementara tren DBD dan Malaria terus memicu Kejadian Luar Biasa (KLB) di berbagai wilayah (Riau, Aceh, Jawa). Secara epidemiologis, beban penyakit ini signifikan, namun secara fiskal, alokasi belanja kesehatan daerah (berdasarkan NHA 2023) masih didominasi oleh layanan kuratif dan infrastruktur (66% untuk PTM), sementara alokasi untuk deteksi dini dan surveilans (UKM) masih minim.

Tujuan :

- a) Mengetahui situasi belanja penanganan penyakit public concern dalam pengeluaran Pemerintah dan JKN.
- b) Mengidentifikasi regulasi pembiayaan dalam penanganan penyakit public concern.
- c) Mengidentifikasi gap pembiayaan & regulasi penanganan penyakit public concern.
- d) Merumuskan alternatif kebijakan pembiayaan dalam penanggulangan penyakit public concern.

Kesimpulan :

- a) Menurut data NHA 2023, PTM menjadi penyumbang belanja tertinggi (+66%), sedangkan PM (+12%) dari total belanja JKN setiap tahunnya, dan ada peningkatan kontribusi pembiayaan dari Kemenkes lebih besar dari JKN pada penanggulangan TBC dan Malaria tahun 2023 dibandingkan 2022
- b) Berdasarkan situasi kontribusi pemerintah dan JKN pada pembiayaan penyakit TBC & Malaria, 2022-2023 menunjukkan bahwa ada peningkatan kontribusi pembiayaan dari Kemenkes lebih besar dari JKN pada penanggulangan TB dan malaria tahun 2023 dibandingkan 2022
- c) Berdasarkan situasi belanja kesehatan di Pemda banyak dimanfaatkan untuk pelayanan: kuratif, kapital, dan promotif-preventif pada 2019-2023, menunjukkan bahwa program deteksi dini, surveilans dan imunisasi belum menjadi program prioritas berdasarkan alokasi dana pembiayaan pelayanan promotif-preventif dari Pemda (Provinsi & Kab/Kota)
- d) Menurut amanat UU kesehatan tahun 2009 dan tahun 2023 mengatur bahwa UKP lingkup treatment penyakit di faskes akan didanai oleh BPJS sedangkan UKM lingkup promotive & preventif akan dibiayai pemerintah, dan UU no.40/2004 tentang SJSN, menyatakan bahwa manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan.
- e) Dalam skema pembiayaan penyakit *public concern*, pada kegiatan pelayanan UKM terdapat :
 - o kegiatan yang belum ada sumber pembiayaan;
 - o kegiatan bersumber pembiayaan dari pemda, namun belum mencukupi; dan
 - o sumber pembiayaan dari hibah/GF

- f) Ada gap regulasi terkait wabah/ KLB, yaitu: ada keterlambatan penetapan KLB/wabah krn keterbatasan anggaran/ APBD dan politis di daerah, kurangnya advokasi dan sosialisasi regulasi PMK 1501/2010 terkait pembiayaan pada penanggulangan KLB di daerah, adanya sistem pencatatan kasus secara online di faskes oleh BPJS, dan belum ada regulasi pembiayaan dari Kemendagri yang mendukung penanganan KLB/wabah di daerah
- g) Ada gap regulasi terkait penanggulangan TBC, yaitu: terbatasnya anggaran pusat dalam pengendalian penyakit tuberculosis, belum ada peraturan turunan dari Perpres No.21/ 2021 yang mengatur tugas serta tanggung jawab setiap dinas terkait (seperti Kecamatan, Kelurahan, Dinas Perumahan, DinSos) dalam program penanggulangan TBC di Kota Surabaya, keterbatasan payung hukum berupa peraturan perda merupakan hal krusial dalam penyelesaian kasus TB di Kota Samarinda, dan ketiadaan struktur birokrasi formal sebagai landasan hukum bagi kerja sama lintas sektor di daerah.

Rekomendasi Kebijakan :

- a) Mengetahui situasi belanja penanganan penyakit public concern dalam pengeluaran Pemerintah dan JKN.
- b) Mengidentifikasi regulasi pembiayaan dalam penanganan penyakit public concern.
- c) Mengidentifikasi gap pembiayaan & regulasi penanganan penyakit public concern.
- d) Merumuskan alternatif kebijakan pembiayaan dalam penanggulangan penyakit public concern.

11. Kajian Implementasi Kebijakan Kesiapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN

Perpres No. 59 Tahun 2024 menetapkan bahwa KRIS sebagai standar minimum pelayanan rawat inap BPJS mulai berlaku 30 Juni 2025. Namun, hasil monev Kemenkes menunjukkan banyak rumah sakit belum memenuhi seluruh kriteria, sehingga diberikan masa penyesuaian hingga akhir Desember 2025. Mengingat pentingnya KRIS dalam standarisasi mutu layanan bagi lebih dari 95% penduduk peserta BPJS, diperlukan pemantauan berkelanjutan dan identifikasi kendala agar implementasi dapat berjalan optimal.

Tujuan :

- a) Menganalisis kondisi penerapan 12 kriteria KRIS JKN di RS
- b) Menganalisis faktor pendorong dan penghambat dalam memenuhi 12 kriteria KRIS JKN di RS
- c) Menganalisis praktik baik RS yang telah memenuhi 12 kriteria KRIS JKN

Kesimpulan :

- a) Kriteria yang paling sulit dipenuhi adalah perubahan fisik RS karena membutuhkan anggaran besar dan waktu pelaksanaan bertahap agar tidak mengganggu operasional pelayanan.

- b) Masih terdapat perbedaan persepsi terhadap 12 kriteria KRIS akibat dinamika dan kejelasan regulasi.
- c) Sebagian besar RS mengandalkan pendanaan internal (BLU/BLUD dan pendapatan operasional) untuk memenuhi kriteria KRIS.
- d) RS dengan volume pelayanan tinggi cenderung memandang KRIS sebagai peluang, sedangkan RS dengan keterbatasan infrastruktur dan pendanaan memandangnya sebagai beban.
- e) Dinas Kesehatan berperan paling dominan dalam mendukung implementasi KRIS, terutama melalui visitasi, monev, dan asistensi.
- f) Faktor pendukung internal meliputi komitmen pimpinan, ketersediaan anggaran fleksibel, SDM dan sarana yang memadai, tim yang solid, serta perencanaan yang jelas, sedangkan faktor eksternal berupa kebijakan, pendampingan, dan dukungan moral.
- g) Keterbatasan anggaran menjadi hambatan utama, baik internal maupun eksternal, sehingga diperlukan skala prioritas, perencanaan bertahap, serta dukungan Dinas Kesehatan dalam pemantauan, pendampingan, dan advokasi.

Rekomendasi Kebijakan:

- a) Kementerian Kesehatan
 - Menetapkan jadwal baku pembaruan, verifikasi, dan penarikan data RS di aplikasi RS Online untuk monev dan pengambilan keputusan bulanan.
 - Menyusun regulasi teknis 12 Kriteria KRIS dan petunjuk pengisian pelaporan mandiri di RS Online, dilengkapi dokumen, video, forum diskusi, dan mekanisme umpan balik.
 - Mempercepat penerbitan regulasi pendamping KRIS, khususnya penetapan tarif pelayanan untuk mendorong implementasi.
 - Menyediakan dukungan pendanaan nasional (DAK, hibah) bagi pemerintah daerah dan RS untuk pelaksanaan KRIS.
 - Merancang insentif atau penghargaan bagi RS yang telah memenuhi standar KRIS.
- b) Pemerintah Daerah/Pemilik
 - o Mengalokasikan pendanaan yang khusus mendukung pemenuhan standar KRIS di rumah sakit daerah guna meringankan beban pembiayaan rumah sakit
 - o Membentuk forum atau wadah resmi yang melibatkan Rumah Sakit, Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, serta pemangku kepentingan lain seperti asosiasi profesi, komunitas pasien, dan pihak swasta. Forum ini berfungsi sebagai platform diskusi, kendali kualitas, dan evaluasi bersama progres implementasi KRIS.

c) Dinas Kesehatan Prov/Kab/Kota

Menyusun dan menerbitkan kebijakan internal khusus terkait pelaksanaan KRIS berupa pedoman dan kebijakan operasional yang mengatur peran dan tanggung jawab unit-unit di Dinas Kesehatan dalam fasilitasi, supervisi, dan monitoring KRIS secara sistematis hingga pembagian tugas mentoring perwilayah RS.

d) Rumah Sakit

Meningkatkan komitmen pendanaan implementasi KRIS dengan memasukkan rencana pemenuhan KRIS ke dalam perencanaan jangka menengah (Renstra).

12. Kajian Implementasi Kebijakan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis Tahap 1

Dalam konteks transformasi sistem kesehatan nasional, PKG memiliki posisi strategis sebagai instrumen preventif dan promotif yang mendukung peningkatan kualitas layanan kesehatan primer. Momentum saat ini menjadi krusial karena PKG sedang berada pada fase awal implementasi yang menentukan arah keberlanjutan jangka panjangnya.

Tanpa penguatan kebijakan dan sistem pendukung, terdapat risiko bahwa PKG akan menghadapi fragmentasi pelaksanaan antar daerah, ketimpangan capaian layanan, serta penurunan kualitas implementasi akibat beban fasilitas kesehatan yang tidak seimbang. Oleh karena itu, penguatan fondasi PKG perlu segera dilakukan untuk memastikan program ini mampu menjawab kebutuhan masyarakat dan mendukung agenda pembangunan kesehatan nasional.

Tujuan umum :

Memberikan rekomendasi kebijakan berdasarkan hasil evaluasi implementasi PKG yang meliputi: evaluasi kesiapan pelaksanaan program (input), evaluasi implementasi program (proses), evaluasi cakupan program (output/hasil langsung), evaluasi outcome, evaluasi dampak program (impact) dan keberlanjutan (sustainability) program

Tujuan khusus :

- a) Mengevaluasi kesiapan masyarakat dan sumber daya di Puskesmas (man, money, material, machine, method) dalam implementasi PKG;
- b) Mengevaluasi proses implementasi kebijakan berdasarkan Petunjuk Teknis Kepmenkes Nomor 33 Tahun 2025;
- c) Menganalisis customer journey masyarakat dalam program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) dengan mengidentifikasi tahapan, mengukur kesadaran, dan menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan serta tantangan yang dihadapi;
- d) Mengevaluasi efektivitas serta pemanfaatan teknologi informasi dalam pendaftaran PKG melalui aplikasi SATUSEHAT Mobile (SSM), WhatsApp (WA) Chatbot Kemenkes, dan Website ASIK;
- e) Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan dan keberlanjutan program PKG;

Kesimpulan :

- a) Kesiapan Masyarakat tentang PKG masih rendah, hanya 45% pengguna SSM dan 33% pengunjung Puskesmas yang mengetahuinya setelah empat bulan pelaksanaan;
- b) Bagi masyarakat yang sudah tahu PKG, sebagian besar belum memanfaatkannya karena merasa tidak sakit, tidak memiliki waktu yang cocok, atau belum memahami manfaat pemeriksaan kesehatan secara dini;
- c) Kesiapan Puskesmas dan Tenaga Pelaksana memperlihatkan bahwa sebagian besar Puskesmas menunjukkan antusiasme dalam menjalankan PKG, tetapi belum seluruhnya siap dari sisi SDM, sarana-prasarana, sistem rujukan, dan anggaran. Walaupun banyak yang tidak mendapatkan pelatihan, mereka belajar secara otodidak dari Juknis PKG;
- d) Observasi di lapangan memperlihatkan bahwa proses implementasi PKG sebagian besar telah sesuai dengan Juknis Kemenkes No. 33 Tahun 2025;
- e) Customer Journey peserta PKG memperlihatkan bahwa PKG berhasil menciptakan pengalaman layanan yang positif, dengan tingkat kepuasan tinggi, pemahaman yang baik terhadap hasil, serta munculnya loyalitas peserta yang siap merekomendasikan layanan ini kepada orang lain dan menggunakan kembali tahun depan. Perlu penyampaian informasi tentang program PKG yang dirasa efektif adalah melalui pendekatan interpersonal langsung oleh Petugas Kesehatan dan secara digital berbasis konten edukatif yang mudah dipahami;
- f) Kesiapan Fasilitas dan Sistem Teknologi Informasi memperlihatkan bahwa aplikasi SATUSEHAT mobile dan web ASIK masih menghadapi berbagai kendala teknis dilebih dari 60% Puskesmas, baik kendala teknis integrasi maupun kendala jaringan internet;
- g) Pelaksanaan Program PKG menghadapi tantangan dari segi teknis dan operasional seperti bertambahnya beban kerja Puskesmas, kendala teknologi informasi, dan persepsi masyarakat terhadap prosedur pelaksanaan PKG;
- h) Sektor lintas sektoral dan OPD belum sepenuhnya aktif mendukung pelaksanaan PKG, terutama dari aspek regulasi dan dukungan kebijakan. Faktor persepsi masyarakat bahwa mereka merasa sehat atau tidak sakit dan merasa takut ketahuan penyakitnya sehingga membatasi partisipasi masyarakat yang lebih luas. Ada potensi besar dalam melibatkan tokoh agama, karang taruna, dan kader untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam PKG; dan
- i) Program PKG efektif menjangkau masyarakat dan mengidentifikasi faktor risiko sejak dini, namun keberhasilan jangka panjang menuntut kesinambungan layanan serta perbaikan berkelanjutan.

Rekomendasi Kebijakan :

a) Pemerintah Pusat

- Menerbitkan kebijakan seperti Instruksi Presiden (Inpres) dan menjadikan PKG sebagai indikator keberhasilan pemerintah untuk memperkuat koordinasi lintas kementerian/lembaga guna mendukung keberlanjutan dan keberhasilan program PKG.
- Meningkatkan kampanye nasional melalui media digital, termasuk media sosial dan platform kesehatan digital, untuk meningkatkan awareness dan demand creation.
- Menyediakan alokasi anggaran khusus dalam APBN/APBD untuk mendukung keberlanjutan program PKG di seluruh daerah.
- Meningkatkan penguatan sistem teknologi informasi dan integrasi data untuk memastikan pelaporan dan monitoring program berjalan optimal.
- Perbaiki sistem teknologi informasi, antara lain: 1) menambahkan fitur “Daftar untuk Konsultasi Hasil PKG” pada aplikasi SSM, 2) Percepat integrasi sistem informasi (SSM, ASIK, P-Care, SIMPUS, dll), Perkuat layanan Call Center dan FAQ untuk sistem informasi, 3) Sediakan App sistem informasi versi offline, 4) Cukup gunakan NIK sebagai basis pendaftaran bagi masyarakat yang tidak memiliki ponsel
- Membina dan bekerja sama dengan berbagai perusahaan dan sektor swasta dalam rangka program Corporate Social Responsibility untuk mendukung sosialisasi dan penguatan program.
- Menghitung ulang target 30 peserta PKG per hari dan perlu disesuaikan dengan mempertimbangkan jumlah populasi dan ketersediaan tenaga, Alat Kesehatan dan BMHP di masing-masing Puskesmas.

b) Pemerintah Daerah

- Melakukan sosialisasi intensif melalui berbagai media lokal, tokoh masyarakat, dan tokoh agama agar masyarakat lebih termotivasi mengikuti PKG.
- Menyusun strategi demand creation berupa aktivasi komunitas, tokoh agama, dan organisasi masyarakat untuk meningkatkan partisipasi PKG.
- Meningkatkan kolaborasi lintas sektor, termasuk OPD terkait seperti sektoral kesehatan, pendidikan, dan sosial, agar program lebih terintegrasi.
- Mengoptimalkan peran tenaga kesehatan dan kader dengan menargetkan minimal satu petugas membawa 10 peserta PKG (teman/keluarga/tetangga) per bulan di setiap puskesmas.
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan PKG di daerah masing-masing.
- Mengintegrasikan PKG ke dalam kegiatan rutin seperti posyandu, prolanis, dan penyuluhan di tingkat desa dan kecamatan.

- Kembangkan PKG di area non-konvensional (pojok PKG di Mall, Rumah Ibadah, Industri, Stasiun, dll), PKG-kompetisi (RT/RW/desa/kecamatan, dll), dan mobilePKG dengan branding Artis atau Influencer lokal.
- Wajibkan promosi PKG di Puskesmas (misalnya pemasangan spanduk atau Audio: “Selamat Datang Peserta PKG”, “Sudahkah Cek Kesehatan Gratis hari ini?”, Dan mengajak seluruh Pengunjung Puskesmas (pasien dan pengantar) untuk PKG
- Bekerjasama dengan Program Studi Profesi di wilayah setempat untuk merekrut mahasiswa profesi (dokter, perawat, bidan, dll) agar magang di pelayanan PKG.

13. Kajian Implementasi Kebijakan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis Tahap 2

Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) telah menunjukkan capaian signifikan dalam deteksi dini faktor risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) di Indonesia. Namun, keberhasilan program ini terancam oleh lemahnya mekanisme tindak lanjut (follow-up) dari hasil skrining, dimana >50% Peserta PKG yang terdeteksi tetap tidak terkendali penyakitnya. Rendahnya kepatuhan peserta yang merasa dirinya “sehat menjadi tantangan utama dalam pelaksanaan tindak lanjut.

Hambatan sistemik seperti fragmentasi aplikasi data (double entry, belum bridging data hasil skrining dengan tindak lanjut), keterbatasan logistik Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), dan ketiadaan Standar Operasional Prosedur (SOP) khusus tindak lanjut menjadi tantangan di level penyedia layanan.

Tujuan umum :

- a) Mengetahui perubahan perilaku dan customer journey peserta PKG dalam melakukan tindak lanjut
- b) Mengetahui peran provider dalam menindaklanjuti hasil pemeriksaan PKG dan mengubah perilaku peserta
- c) Mengetahui pelaksanaan integrasi skrining existing kesehatan dengan PKG (alkes, BMHP, anggaran, Pencatatan-Pelaporan);
- d) Mengetahui strategi penguatan PKG Komunitas (pendekatan sistem: input, proses, output)

Kesimpulan :

Skrining kesehatan gratis adalah langkah awal yang krusial, namun efektivitasnya dalam menurunkan prevalensi PTM sangat bergantung pada penguatan sistem tindak lanjut. Dengan mengintegrasikan data, standarisasi SOP, penguatan partisipasi masyarakat dan menjamin ketersediaan logistik, pemerintah dapat memastikan bahwa PKG tidak hanya memberikan data angka, tetapi benar-benar memberikan derajat kesehatan yang lebih baik bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Rekomendasi Kebijakan :

a) Puskesmas

- Penunjukan Penanggung Jawab (PJ) CKG sebagai dirigen yang mengoordinasikan tindak lanjut hasil CKG dan alur pasien antar-klaster (poli).
- Memastikan pasien dengan hasil Merah-Kuning mendapatkan tindak lanjut atau rujukan pada hari yang sama (SOP) atau maksimal dalam waktu 7 hingga 14 hari.
- Pembuatan "Register Merah-Kuning" : Menyusun daftar khusus pasien berisiko yang memuat status tindak lanjut (belum, proses, selesai) untuk memastikan tidak ada pasien yang "hilang" pasca-skrining.
- Penelusuran Aktif 3 Tahap: Menggerakkan kader untuk melakukan pengingat bertahap: Hari ke-3 (WA/Telepon), Hari ke-7 (Telepon ulang), dan Hari ke-14 (Kunjungan rumah/home visit) bagi pasien Merah-Kuning yang belum kembali kontrol.
- Integrasi Layanan: dengan menggabungkan jadwal CKG dengan kegiatan yang sudah ada seperti Posyandu, Prolanis, atau Posbindu PTM agar pengguna CKG langsung diperiksa dan diberikan tatalaksana di satu tempat.
- Penguatan Rujukan Internal Puskemas dengan memberikan "kartu prioritas" kepada pasien Merah-Kuning untuk dibawa ke Poli atau Laboratorium terkait tanpa harus mengantri.

b) Tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota

- Sistem Monitoring "Alarm Mingguan": Membentuk grup komunikasi mingguan (WA/Telegram) untuk memantau capaian tindak lanjut Puskesmas secara real-time dan berfungsi sebagai pengingat jika ada penurunan kinerja.
- Regulasi Mobilisasi Lintas Sektor: Mendorong terbitnya Surat Edaran Bupati/Walikota (Perbup/Perwal) yang menginstruksikan Camat, Kepala Desa, KUA, dan PKK untuk aktif menggerakkan masyarakat melakukan kontrol ulang.
- Fasilitasi "Peer Learning": Mempertemukan daerah dengan kinerja tindak lanjut tinggi dengan daerah berkinerja rendah untuk mereplikasi praktik baik seperti mekanisme rujukan internal yang efektif.

c) Kementerian Kesehatan

- Menerbitkan KMK: Menetapkan secara hukum bahwa tindak lanjut hasil CKG Merah-Kuning adalah bagian dari pelayanan rutin (bukan program tambahan).
- Fitur Pelacakan Pasien (Tracking Dashboard): Mengembangkan modul di SATUSEHAT yang memiliki fitur status tindak lanjut (belum, proses, selesai) dan notifikasi otomatis bagi pasien dengan hasil Merah-Kuning.
- Kampanye Nasional "Cek Dini, Obati... Sehat Selamanya": Meluncurkan edukasi publik skala besar untuk mengurangi ketakutan masyarakat terhadap diagnosis (stigma) dan menekankan manfaat ekonomi dari deteksi dini.

Pada tahun 2025, selain melakukan kajian dan riset implementasi, Pusjak Upaya Kesehatan melakukan Quality Control Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (QC RPMK) dan Quality Control Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (QC RKMK). Rincian QC RPMK dan RKMK yang dilakukan oleh Pusjak Upaya Kesehatan dapat terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.7 Quality Control Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan
(RPMK) Tahun 2025

NO	Judul Telaah QC RPMK	Unit Utama
1	Simplifikasi RPMK Penyelenggaraan Rumah Sakit	Ditjen Kesehatan Lanjutan
2	Reviu RPMK Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Ditjen Kesehatan Lanjutan Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas
3	Reviu RPMK Upaya Kesehatan	Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas
4	Reviu RPMK Penyelenggaraan Kesehatan Reproduksi	Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas

Tabel 3.8 Quality Control Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan
(RKMK) Tahun 2025

NO	Judul Telaah QC RKMK	Unit Utama
1	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) tentang RKMK Pedoman Nasional Pelayanan Klinis (PNPK) Tata Laksana Leukimia Limfoblastik Pada Anak	Ditjen Kesehatan Lanjutan
2	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) tentang RKMK Pedoman Nasional Pelayanan Klinis (PNPK) Tata Laksana Pneumonia pada Dewasa	Ditjen Kesehatan Lanjutan
3	Rancangan Keputusan Direktur Jenderal Penanggulangan Penyakit Tentang Penyelenggaraan Uji Coba Program Farmako Invasif Strategi Tata Laksana ST Elevasi Myocardial Infarction di Pusat Kesehatan Masyarakat	Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas
4	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) tentang Tanda Penghargaan Kabupaten/Kota Bebas Pasung	Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas
5	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) tentang RKMK Pedoman Nasional Pelayanan Klinis (PNPK) Tata Laksana Kanker Laring	Ditjen Kesehatan Lanjutan
6	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Laksana Demensia	Ditjen Kesehatan Lanjutan

NO	Judul Telaah QC RKMK	Unit Utama
7	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Epilepsi Pada Dewasa	Ditjen Kesehatan Lanjutan
8	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Asma	Ditjen Kesehatan Lanjutan
9	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Laksana Katarak Pada Dewasa	Ditjen Kesehatan Lanjutan
10	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Laksana Sifilis	Ditjen Kesehatan Lanjutan
11	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Pedoman Hotline Pencegahan Bunuh Diri	Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas
12	Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) Peta Jalan Penguatan Pencatatan Sipil dan Statistik Hayati Sektor Kesehatan Tahun 2025 - 2029	Sekretariat Jenderal

Selama tahun 2025, Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan telah melaksanakan Quality Control terhadap 4 Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (RPMK) dan 12 Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK) yang berasal dari unit utama terkait, khususnya Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas. Capaian ini menunjukkan peran aktif Pusjak Upaya Kesehatan dalam menjamin kualitas substansi regulasi di bidang upaya kesehatan serta mendukung penguatan tata kelola kebijakan kesehatan nasional.

Pada tahun 2025, Pusjak Upaya Kesehatan telah melaksanakan serangkaian kegiatan guna menunjang kinerja sebagai berikut :

1. Diseminasi Survei Status Gizi Indonesia 2024

Pusjak Upaya Kesehatan telah menyelesaikan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2024. Hasil SSGI 2024 menggambarkan status gizi balita Indonesia, yaitu stunting, wasting, underweight, dan obesitas dan dapat dipergunakan untuk mengevaluasi capaian target penurunan prevalensi stunting.

SSGI 2024 dilaksanakan di 38 provinsi dan 514 kabupaten/kota. Pelaksanaan SSGI berkolaborasi dengan Badan Riset, dan Inovasi Nasional (BRIN), Badan Pusat Statistik (BPS), universitas dan lembaga survei swasta. SSGI juga dilaksanakan dengan pendampingan tim pakar baik dalam bidang gizi maupun bidang terkait lainnya.

Untuk memanfaatkan hasil SSGI 2024 sebagai salah satu sumber data perencanaan, evaluasi dan rekomendasi kebijakan untuk seluruh pemangku kepentingan baik di pusat dan daerah, Kementerian Kesehatan akan menyelenggarakan Diseminasi Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 dilakukan dua kali pada tanggal 26 Mei 2025

dan 7 Agustus 2025 (102 Kab kota yang memerlukan analisis lanjut disebabkan beberapa hal, antara lain Relative Standard Error (RSE) diatas 25% atau Response Rate dibawah 70%) di Auditorium Siwabessy Kementerian Kesehatan.

Tujuan pertemuan diseminasi ini adalah untuk menyampaikan data hasil survei kepada para stakeholders baik pusat maupun daerah. Data hasil SSGI diharapkan dapat dimanfaatkan secara luas dan memperkuat kebijakan berdasarkan data. Menjadi dasar dalam mengidentifikasi prioritas dan kelompok-kelompok masyarakat yang perlu diperhatikan.

Diseminasi dilakukan secara hybrid melalui youtube. Turut diundang stakeholder pusat secara luring baik dari kementerian/lembaga, dan juga mitra pembangunan terkait. Secara daring, para Sekretaris daerah Provinsi, Kepala dinas kesehatan Provinsi, Kepala dinas kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Perwakilan BKKBN Provinsi, Kepala BPS Provinsi dan Kabupaten/Kota, Ketua Organisasi Profesi terkait, serta seluruh direktur poltekkes se-Indonesia.

SSGI 2024 mencatat penurunan stunting menjadi 19.8%, lebih baik dari proyeksi nasional Bappenas. Upaya percepatan harus terus dilakukan agar tren positif dapat diteruskan. Tahun 2024, berhasil mencegah stunting baru pada 377.000 balita, lebih banyak dari target di angka 325.000 stunting/tahun.



Gambar 3.1 Kegiatan Diseminasi Hasil Survei Status Gizi Indonesia 2024

2. Forum Nasional (Fornas) Gizi

Forum Nasional Gizi 2025 dilaksanakan pada 8 Oktober 2025 sebagai wadah strategis untuk merumuskan kebijakan gizi yang lebih tepat, inklusif, dan berdampak nyata. Kementerian Kesehatan membuka ruang bagi masyarakat luas untuk berkontribusi dengan memberikan masukan. Melalui Forum Nasional Gizi 2025 didapatkan ratusan masukan publik yang bermanfaat untuk perumusan kebijakan terkait gizi. Total tanggapan publik berjumlah 283 tanggapan.

Ada 4 topik yang dibahas pada forum gizi yaitu; Optimalisasi Gizi Bumil, Anak Dan Remaja Dalam Upaya Membentuk Generasi Sehat, Cerdas Dan Produktif; Gizi Seimbang Dan Tepat Adalah Intervensi Kunci Produktivitas Dan Peningkatan Kualitas Hidup; Strategi Pengendalian Konsumsi Dan Ketahanan Pangan Di Era Perubahan Global; dan Peran Tata Kelola Dan Layanan Gizi Terintegrasi Untuk Penanggulangan Masalah Gizi. Topik optimalisasi gizi bumil, anak dan remaja dalam upaya membentuk generasi sehat, cerdas dan produktif menjadi topik dengan tanggapan terbanyak.

Fornas Gizi 2025 dihadiri oleh 643 peserta yang hadir secara luring dan daring. Peserta berasal dari 206 institusi menunjukkan antusiasme yang tinggi, yang terdiri dari 75 institusi Pendidikan, 48 dinas/OPD/Kementerian, 43 institusi fasilitas kesehatan, 14 organisasi profesi, 12 Lembaga Swadaya Masyarakat, 6 institusi riset, lembaga swasta dan juga masyarakat umum.



Gambar 3.2 Kegiatan Forum Nasional Gizi 2025

3. **Workshop Evidence Data Analysis 2025**

Workshop Analisis Data SSGI 2024 diselenggarakan oleh Pusjak Upaya Kesehatan sebagai tindak lanjut seleksi konsep pada kegiatan **SiBijaKs Awards 2025**. Kegiatan ini bertujuan memperkuat kapasitas peserta dalam analisis data dan penulisan ilmiah agar konsep yang telah disusun dapat dikembangkan menjadi artikel ilmiah dan policy brief yang berkualitas serta siap diseminasi untuk mendukung perumusan kebijakan berbasis bukti.

Workshop dilaksanakan secara daring pada 15–16 Oktober 2025, dengan rangkaian diskusi panel dan sesi pembelajaran terarah. Materi yang dibahas meliputi analisis statistik data SSGI, seperti metode regresi, SEM, treatment effects, dan Difference-in-Differences, serta penguatan kemampuan penulisan policy brief dan artikel ilmiah untuk publikasi. Narasumber berasal dari akademisi, lembaga internasional, dan praktisi kebijakan.

Peserta workshop merupakan tim terpilih dari berbagai latar belakang, antara lain akademisi, peneliti, mahasiswa, praktisi gizi, tenaga kesehatan, dan pembuat kebijakan. Melalui kegiatan ini, diharapkan pemanfaatan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 semakin optimal, menghasilkan rekomendasi kebijakan yang aplikatif, serta memperkuat kolaborasi nasional dalam mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti di bidang gizi dan kesehatan.

4. ***Evidence-Based Nutrition Health Policy Conference Insight From National Nutrition Survey (SSGI) 2024***

Pusjak Upaya Kesehatan menyelenggarakan kompetisi penulisan rekomendasi kebijakan kesehatan menggunakan data Survei Status Gizi Nasional (PPG) Indonesia 2024. Acara puncaknya bertajuk *Konferensi Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti: Wawasan dari Survei Status Gizi Nasional (PPG) 2024*. Kompetisi ini diselenggarakan di Ruang Leimena Gedung Kementerian Kesehatan pada Jumat, 19 Desember 2025. Upacara pemberian penghargaan kepada para pemenang kompetisi ini diadakan untuk memberikan pengakuan dan platform untuk menyebarluaskan artikel ilmiah dan ringkasan kebijakan terbaik.

Kompetisi penulisan naskah ilmiah bagi Peneliti, Mahasiswa, ASN, Swasta, dan Masyarakat luas berupa Artikel Ilmiah (AI) dan Policy Brief (PB) dengan menggunakan analisis data SSGI 2024, dengan melibatkan para juri profesional di bidangnya baik eksternal maupun internal BKKP.

Alur penilaian/penjurian dilakukan secara bertahap mulai dari skrining substansi, proposal, full text, oral presentasi sehingga tersaring dari 355 proposal (186 AI + 169 PB) menjadi 130 full text (81 AI + 49 PB).

Untuk memperkuat analisis data dari para peserta, dilakukan workshop secara daring dengan mengundang pakar nasional dan internasional, serta pendampingan analisis data dari BKKP



Gambar 3.3 Kegiatan *Evidence-Based Nutrition Health Policy Conference Insight From National Nutrition Survey (SSGI) 2024*

B. Realisasi Anggaran

Awal tahun 2025, Pusjak Upaya Kesehatan memiliki pagu anggaran senilai Rp.85.280.000.000,- (Delapan Puluh Lima Milyar Dua Ratus Delapan Puluh Juta Rupiah). Namun pada akhir Januari, terbitnya Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 Tahun 2025 tentang efisiensi belanja dalam pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Tahun Anggaran 2025 berpengaruh terhadap anggaran Pusjak UK. Oleh karenanya, anggaran Pusjak UK mengalami blokir sebesar Rp. 82.860.208.000 (Delapan Puluh Dua Milyar Delapan Ratus Enam Puluh Juta Dua Ratus Delapan Ribu Rupiah) atau 97% dari jumlah anggaran. Hal ini berdampak pada pagu efektif Pusjak UK menjadi Rp. 2.419.792.000 (Dua Milyar Empat Ratus Sembilan Belas Juta Tujuh Ratus Sembilan Puluh Dua Ribu Rupiah).

Tabel 3.9 Anggaran Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan
Berdasarkan DIPA Awal Tahun 2025

Kode	Rincian Output (RO)	Pagu Anggaran (Rp.)	Blokir (Rp.)	Pagu Efektif (Rp.)	Keterangan
6833. ABG. 011	Kajian Pengembangan Kebijakan Baru Bidang Upaya Kesehatan	1.500.000.000	873.750.000	626.250.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. ABG. 012	Kajian Evaluasi Kebijakan Tata Kelola dan Penguatan Mutu Layanan Kesehatan Primer	1.200.000.000	1.100.000.000	100.000.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. ABG. 013	Kajian Evaluasi Kebijakan Tata Kelola dan Penguatan Mutu Layanan Kesehatan Rujukan	1.200.000.000	1.100.000.000	100.000.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. ABG. 014	Kajian Evaluasi Kebijakan Program Kesehatan Masyarakat	1.200.000.000	1.100.000.000	100.000.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. ABG. 015	Kajian Evaluasi Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	1.200.000.000	1.100.000.000	100.000.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. ABG. 016	Kajian Evaluasi Kebijakan Promosi Kesehatan, Deteksi Dini dan Pengendalian PTM	1.200.000.000	990.208.000	209.792.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. AEA. 003	Penyusunan Perencanaan Kajian Kesehatan di Bidang Upaya Kesehatan	537.320.000	293.966.000	243.354.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. AEA. 004	Monitoring dan Evaluasi Implementasi Kebijakan Bidang Upaya Kesehatan	903.320.000	444.836.000	458.484.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. AEA. 005	Quality Control Rancangan Regulasi Bidang Upaya	1.059.360.000	577.448.000	481.912.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)

Kode	Rincian Output (RO)	Pagu Anggaran (Rp.)	Blokir (Rp.)	Pagu Efektif (Rp.)	Keterangan
	Kesehatan				
6833. PBG. 004	Survei Konsumsi Makanan Individu	75.280.000.000	75.280.000.000	-	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
Total		85.280.000.000	82.860.208.000	2.419.792.000	

Namun, pada Semester II Tahun 2025 terdapat tambahan anggaran dari pemanfaatan anggaran ACHPEED Pusat Kebijakan dan Strategi serta Tata Kelola Kesehatan Global sebesar **Rp1.394.544.000** serta Pusjak SSDK sebesar **Rp139.000.000** untuk kegiatan Kajian Implementasi Kebijakan terhadap Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis. Di sisi lain, terdapat revisi anggaran perjalanan dinas luar negeri ke Pusat Kebijakan dan Strategi serta Tata Kelola Kesehatan Global sebesar **Rp115.000.000**. Dengan demikian, anggaran Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan pada akhir tahun menjadi **Rp3.838.336.000** (tiga miliar delapan ratus tiga puluh delapan juta tiga ratus tiga puluh enam ribu rupiah). Alokasi dan realisasi anggaran Pusjak Upaya Kesehatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.10 Anggaran Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan Berdasarkan Pagu Efektif Tahun 2025 (pasca revisi informasi kinerja)

Kode	Rincian Output (RO)	Pagu Anggaran (Rp.)	Blokir (Rp.)	Pagu Efektif (Rp.)	Keterangan
6833. ABG. 011	Kajian Pengembangan Kebijakan Baru Bidang Upaya Kesehatan	933.350.000	873.750.000	59.600.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. ABG. 017	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Masyarakat	171.970.000	-	171.970.000	-
6833. ABG. 018	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Perseorangan	100.000.000	-	100.000.000	-
6833. ABG. 019	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola Mutu Fasyankes Primer	95.609.000	-	95.609.000	-
6833. ABG. 020	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Layanan Kesehatan Lanjutan dan Klinis	171.624.000	-	171.624.000	-
6833. ABG. 021	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola dan Mutu Fasyankes Lanjutan	166.740.000	-	166.740.000	-
6833. ABG. 022	Rekomendasi Kebijakan Hasil Pemantauan dan Evaluasi Terpadu Pemeriksaan Kesehatan Gratis	1.180.043.000	-	1.180.043.000	-
6833. AEA. 003	Penyusunan Perencanaan Kajian Kesehatan di Bidang Upaya Kesehatan	1.349.067.000	293.966.000	1.055.101.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. AEA. 004	Monitoring dan Evaluasi Implementasi Kebijakan Bidang Upaya Kesehatan	1.078.563.000	444.836.000	633.727.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)
6833. AEA. 005	Quality Control Rancangan Regulasi Bidang Upaya Kesehatan	781.370.000	577.448.000	203.922.000	Efisiensi anggaran (Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025)

Kode	Rincian Output (RO)	Pagu Anggaran (Rp.)	Blokir (Rp.)	Pagu Efektif (Rp.)	Keterangan
	Total	6.028.336.000	2.190.000.000	3.838.336.000	

Tabel 3.11 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025

KRO	Pagu		Realisasi	%
	Awal	Efektif		
6833. Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan				
ABG. Kebijakan Bidang Kesehatan	7.500.000.000	1.945.586.000	1.895.858.549	97,44
AEA. Koordinasi	2.500.000.000	1.892.750.000	1.797.189.226	94,55
PBG. Kebijakan Bidang Kesehatan	75.280.000.000	0	0	0
Total	85.280.000.000	3.838.336.000	3.693.047.775	96,21

Berdasarkan nilai pagu efektif, realisasi kegiatan Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan Tahun 2025 adalah Rp. 3.693.047.7754 (Tiga Milyar Enam Ratus Sembilan Puluh Tiga juta empat puluh tujuh ribu tujuh ratus tujuh puluh lima rupiah) atau 96,21%. Secara umum, pagu dari tiap KRO mengalami penurunan karena adanya efisiensi. Anggaran program dukungan manajemen yang dikelola Pusjak Upaya Kesehatan adalah anggaran layanan umum pengelolaan unit kerja.

Tabel 3.12 Sandingan Capaian Indikator Kinerja Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024 dan 2025 berdasarkan Renstra 2022-2024 (revisi)

Sasaran	Indikator Kinerja	2024			2025		
		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	0	0	0
	Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100	0	0	0
	Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100	0	0	0

Sasaran	Indikator Kinerja	2024			2025		
		T	C	%	T	C	%
	Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	100	100	100	0	0	0
	Persentase Kabupaten/Kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	100	100	100	0	0	0

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

Dengan ditetapkan Renstra 2025-2029, indikator kinerja yang tercantum di renstra tahun 2022-2024 (revisi) sudah tidak digunakan lagi sebagai indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan.

Tabel 3.13 Sandingan Capaian Indikator Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2024 dan 2025 berdasarkan Renstra 2025-2029

Sasaran	Indikator Kinerja	2024			2025		
		T	C	%	T	C	%
Meningkatnya Kebijakan Upaya Kesehatan Berbasis Bukti	Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional pada wilayah I	0	0	0	15	17,6	117
	Persentase analisis kebijakan bidang upaya kesehatan	0	0	0	80	118	147

Tabel 3.14 Sandingan Capaian dan Target Renstra Tahun 2025 - 2029

Sasaran	Indikator Kinerja	2025			2026			2027			2028			2029		
		T	C	%	T	C	%	T	C	%	T	C	%	T	C	%
Meningkatnya Kebijakan Upaya Kesehatan Berbasis Bukti	Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana kesehatan Nasional	15	17,6	117	30	-	-	50	-	-	75	-	-	100	-	-
	Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	80	118	147	80	-	-	80	-	-	80	-	-	80	-	-

Dalam penilaian akuntabilitas kinerja, salah satu komponen yang dinilai adalah perbandingan capaian indikator kinerja satuan kerja dengan satuan kerja lain yang setingkat. Oleh karena itu, Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan perlu menyandingkan capaian kinerjanya dengan satuan kerja Eselon II lainnya. Pada tahun 2025, Pusjak Upaya Kesehatan dibandingkan dengan Pusjak Ketahanan Kesehatan (SKK). Perbandingan capaian kinerja kedua satuan kerja tersebut disajikan pada tabel berikut.

Tabel 3.15 Sandingan Capaian Indikator Kinerja Pusjak UK dengan Pusjak SKK Tahun 2025

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Pusjak UK			Pusjak SKK		
		T	C	%	T	C	%
Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan Nasional	15	17,6	117	15	17,7	118
	Persentase analisis kebijakan di bidang kesehatan	80	118	147	80	100	125

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

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa indikator kinerja Pusjak Upaya Kesehatan dan Pusjak SKK telah mencapai target yang ditetapkan dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029.

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 3.16 Penilaian Efisiensi Anggaran

KRO	RO	Capaian RO	Alokasi Anggaran (AARO)	Realisasi Anggaran (RARO)	AARO x CRO	(AARO x CRO) – RARO
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) = (4)x(2)	(7) = (6)-(5)
Kebijakan Bidang Kesehatan	Kajian Pengembangan Kebijakan Baru Bidang Upaya Kesehatan	20%	59.600.000	49.620.000	59.600.000	9.980.000
	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Masyarakat	100%	171.970.000	152.745.102	171.970.000	19.224.898
	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Perseorangan	100%	100.000.000	99.419.979	100.000.000	580.021
	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola Mutu Fasyankes Primer (LR-11)	100%	95.609.000	84.206.200	95.609.000	11.402.800
	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Layanan Kesehatan Lanjutan dan Klinis (LP-1)	100%	171.624.000	170.790.570	171.624.000	833.430
	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola dan Mutu Fasyankes Lanjutan (LR-11)	100%	166.740.000	162.850.348	166.740.000	3.889.652
	Rekomendasi Kebijakan Hasil	100%	1.180.043.000	1.176.226.350	1.180.043.000	3.816.650

KRO	RO	Capaian RO	Alokasi Anggaran (AARO)	Realisasi Anggaran (RARO)	AARO x CRO	(AARO x CRO) – RARO
	Pemantauan dan Evaluasi Terpadu Pemeriksaan Kesehatan Gratis (LP-1)					
Koordinasi	Penyusunan Perencanaan Kajian Kesehatan di Bidang Upaya Kesehatan	100%	1.055.101.000	966.652.680	1.055.101.000	88.448.320
	Monitoring dan Evaluasi Implementasi Kebijakan Bidang Upaya Kesehatan	100%	633.727.000	628.694.546	633.727.000	5.032.454
	Quality Control Rancangan Regulasi Bidang Upaya Kesehatan	100%	203.922.000	201.842.000	203.922.000	2.080.000
Jumlah			3.838.336.000	3.693.047.775	3.838.336.000	145.288.225
Efisiensi RO Satker		S((AARO x CRO)-RARO)/S(AARO)				3,79%
		(8)= S(7)/S(4)				

Untuk mendapatkan nilai efisiensi RO satuan kerja menggunakan rumus:

Nilai Efisiensi

$$NE = 50\% + [E/20 \times 50]$$

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%.

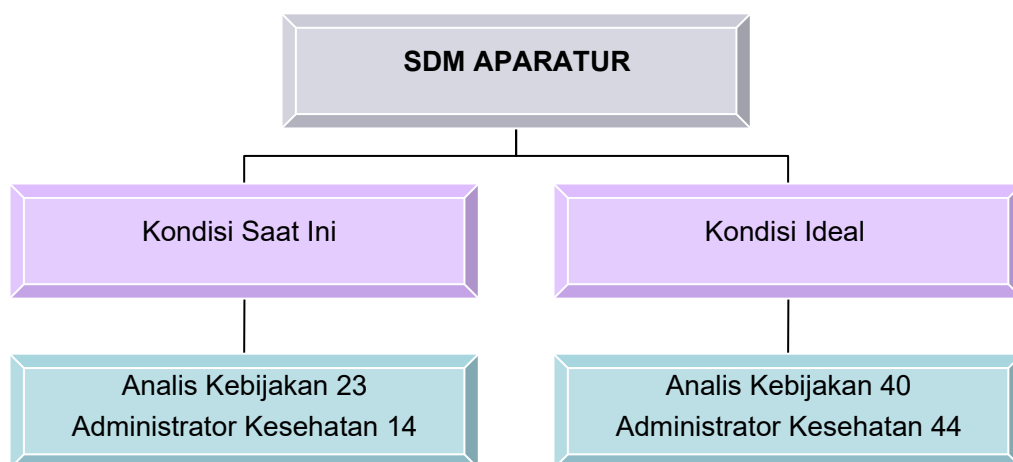
$$NE = 50\% + \frac{3,79\%}{20} \times \frac{5}{0} = 59,46\%$$

Sesuai dengan hasil perhitungan, nilai efisiensi Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan sebesar 59,46%, yang menunjukkan bahwa pemanfaatan sumber daya belum optimal dan masih terdapat ketidakseimbangan antara capaian kinerja dan realisasi anggaran. Nilai efisiensi yang relatif rendah disebabkan oleh ketidakseimbangan antara capaian

kinerja dan realisasi anggaran. Meskipun 9 dari 10 rincian output telah mencapai target 100%, terdapat 1 rincian output dengan capaian hanya 20% sementara realisasi anggaran telah mencapai 96,21%. Kondisi ini menunjukkan bahwa pemanfaatan anggaran belum sepenuhnya menghasilkan capaian kinerja yang sebanding, sehingga berdampak pada rendahnya nilai efisiensi kinerja secara keseluruhan.

2. Analisis Efisiensi Sumber Daya Manusia

Aparatur Sipil Negara (ASN) yang terdaftar sebagai sumber daya manusia pada Pusjak Upaya Kesehatan per Desember 2025 adalah 59 orang, yang terdiri dari 48 PNS dan 11 PPPK. 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 dan 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 baik di jabatan analis kebijakan maupun 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 3.4 Kondisi Sumber Daya Manusia Pusjak Upaya Kesehatan Tahun 2025

Ketersediaan sumber daya manusia teknis di Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan baru mencapai 44,04% dari kebutuhan ideal, dengan jumlah Administrator Kesehatan (Adminkes) sebanyak 14 orang dari kebutuhan 44 orang dan Analis Kebijakan (Anjak) sebanyak 23 orang dari kebutuhan 40 orang. Meskipun demikian, sebagian besar rincian output tetap tercapai, dengan 9 dari 10 rincian output mencapai 100% dan hanya 1 rincian output yang belum optimal. Kondisi ini menunjukkan kemampuan organisasi dalam memaksimalkan sumber daya yang terbatas untuk memenuhi target kinerja.

Namun, hal tersebut dapat dicapai melalui pengoptimalan mekanisme kerja, perangkapan fungsi, serta pemanfaatan sumber daya secara maksimal untuk meminimalisir potensi risiko terhadap kualitas output, ketepatan waktu pelaksanaan, serta keberlanjutan kinerja dalam jangka menengah dan panjang.

Selain hal tersebut, untuk menghasilkan output Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan juga dibantu oleh pegawai penugasan dari Sekretariat BKPK, yaitu pemangku JF Pranata Hubungan Masyarakat dan JF Statistisi. Kedua pegawai tersebut juga berkontribusi dan berkolaborasi dengan JF Administrator Kesehatan dan Analis Kebijakan untuk menghasilkan output Pusjak Upaya Kesehatan.



A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sepanjang Tahun 2025, Pusjak Upaya Kesehatan telah menunjukkan kinerja yang baik. Capaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dalam Renstra Kementerian Kesehatan 2025–2029 berhasil melampaui target, baik pada indikator persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan pendukung Rencana Kesehatan Nasional maupun indikator persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan.

Selain capaian indikator, Pusjak UK juga berhasil melaksanakan fungsi penjaminan mutu kebijakan melalui pelaksanaan Quality Control terhadap berbagai Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (RPMK) dan Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan (RKMK), yang menunjukkan kontribusi nyata dalam mendukung penyusunan kebijakan kesehatan nasional.

Dari sisi pengelolaan anggaran, realisasi sebesar 96,21% menunjukkan bahwa penyerapan anggaran telah berjalan sesuai dengan target Perjanjian Kinerja.

B. Rekomendasi

Untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi kinerja pada tahun berikutnya, Pusjak Upaya Kesehatan perlu:

- a) Memperkuat perencanaan dan penajaman prioritas kegiatan agar lebih selaras dengan target kinerja dan alokasi anggaran.
- b) Mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya, baik anggaran maupun SDM, guna meningkatkan nilai efisiensi kinerja.
- c) Mendorong penguatan kapasitas dan pemenuhan kebutuhan SDM sesuai dengan beban kerja dan kompleksitas tugas.
- d) Meningkatkan koordinasi dengan unit utama terkait agar proses perencanaan, revisi, dan pelaksanaan kegiatan dapat berjalan lebih efektif dan tepat waktu.

Diharapkan kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan pada tahun-tahun mendatang dapat semakin berkualitas, efektif, dan efisien serta memberikan kontribusi yang lebih optimal terhadap pencapaian tujuan pembangunan kesehatan nasional.



1. Perjanjian Kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan Tahun 2025 (Awal)

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



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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 : Asnawi Abdullah
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, 16 Januari 2025

Pihak Kedua,


Asnawi Abdullah

Pihak Pertama


Dwi Puspasari


**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025
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 85.280.000.000,-
Total Anggaran Unit Kerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan	Rp 85.280.000.000

Jakarta, 16 Januari 2025

Pihak Kedua,


Asnawi Abdullah

Pihak Pertama


Dwi Puspasari

2. Perjanjian Kinerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan (Akhir)



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025 PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN

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 : Asnawi Abdullah

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 2025

Pihak Kedua,

Asnawi Abdullah

Pihak Pertama,

Dwi Puspasari

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program/ Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
I	Tujuan 4: Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil, dan berkelanjutan	IT 4 Rasio belanja kesehatan per kapita terhadap usia harapan hidup sehat**	
	Sasaran Strategis 4.1 Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah	ISS 26 Persentase Provinsi dan Kab/Kota yang menyelaraskan Perencanaan Pembangunan dan mencapai target Tahunan Pembangunan**	
	024.DS. Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan		
	Sasaran Program: Meningkatnya sinkronisasi kebijakan pusat dan daerah	IKP 26.2 Persentase daerah yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional**	
		IKP 26.4 Nilai kualitas kebijakan Kementerian Kesehatan**	
	6833. Kegiatan Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan		
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	IKK 26.2.2 Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional pada wilayah I	15%

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program/ Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		IKK 26.4.1 Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	80%

Keterangan:

* : Kontributor (Indikator Kinerja dan Target ditampilkan)

** : Kolaborator (Target Indikator Kinerja tidak ditampilkan)

IKM : Indikator Kinerja Mandatory

IKD : Indikator Kinerja Direktif Pimpinan

Kegiatan

Perumusan Kebijakan Upaya Kesehatan

Rp

Anggaran

6.028.336.000

Total Anggaran Unit Kerja Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan

Rp

6.028.336.000

Jakarta, Desember 2025

Pihak Kedua,



Asnawi Abdullah

Pihak Pertama,



Dwi Puspasari

3. Pohon Kinerja Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Pohon Kinerja Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Visi : Masyarakat yang Sehat dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045

Misi: 4. Menguatkan tata kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan

Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan

Indikator Tujuan: IT 4. Rasio Belanja Kesehatan per kapita terhadap Angka harapan hidup sehat (HALE)

Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah

Indikator Sasaran Strategis: ISS 26. Persentase Provinsi dan Kab/Kota yang menyelaraskan Perencanaan Pembangunan dan mencapai target Tahunan Pembangunan

Meningkatnya sinkronisasi kebijakan pusat dan daerah

Indikator Kinerja Program: IKP 26.2 Persentase daerah yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional

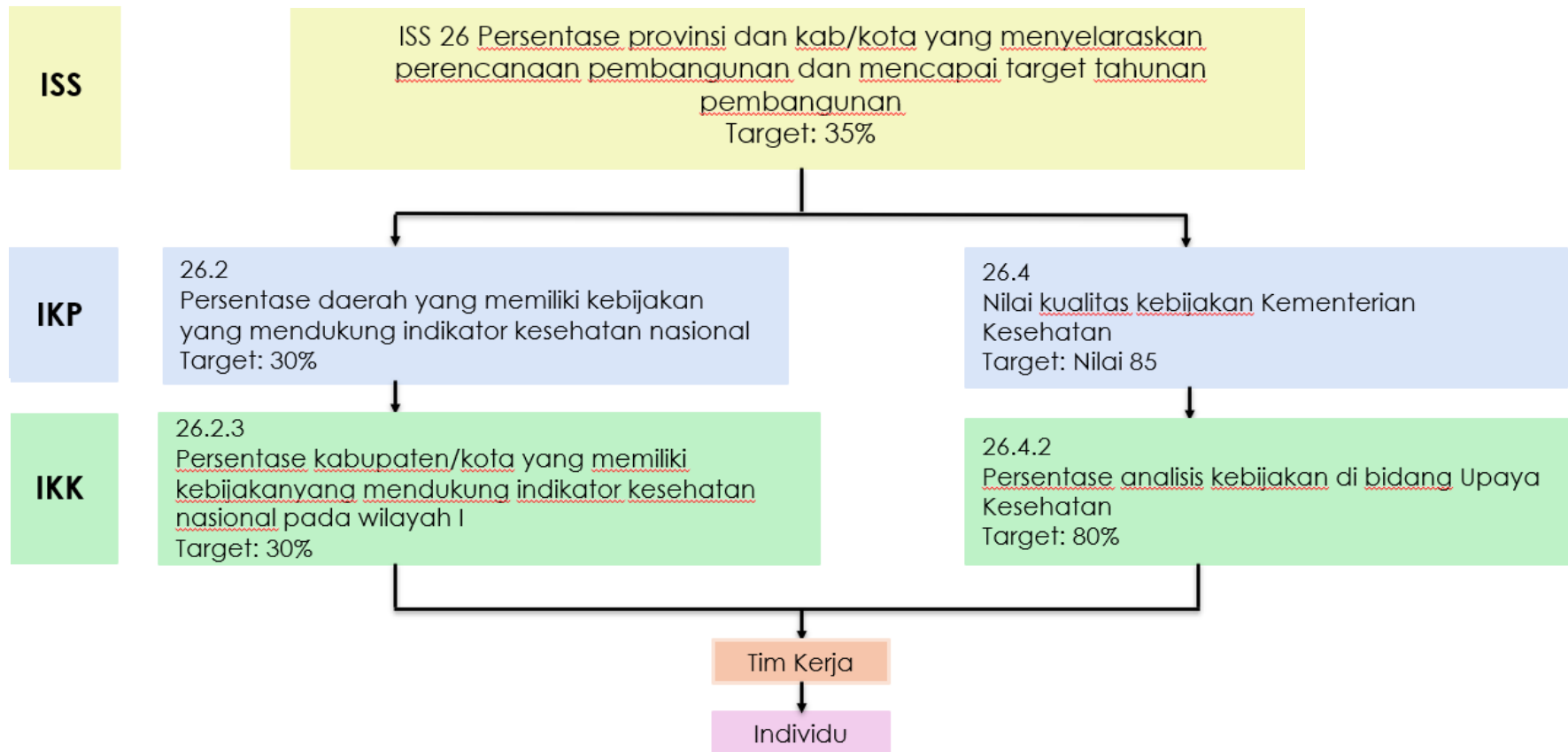
Indikator Kinerja Program: IKP 26.3 Persentase Kabupaten/Kota dengan capaian SPM Kesehatan minimal 90%

Indikator Kinerja Program: IKP 26.4 Nilai kualitas kebijakan Kementerian Kesehatan



4. Cascading, ISS, IKP, IKK Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan

CASCADING ISS. IKP DAN IKK PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN



5. Tabel Keterkaitan Kinerja Sasaran Strategis dengan Rincian Output

No	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program		Indikator Kinerja/Rincian Output	Belanja			Capaian Kinerja		
				Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	%	Target	Capaian	Realisasi
I	Tujuan 4: Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil, dan berkelanjutan		Rasio belanja kesehatan per kapita terhadap usia harapan hidup sehat**						
	Sasaran Strategis 4.1 Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah	ISS 26	Persentase Provinsi dan Kab/Kota yang menyelaraskan Perencanaan Pembangunan dan mencapai target Tahunan Pembangunan**						
	024.11.D1 Program Sumber Daya Kesehatan								
	Sasaran Program: Meningkatnya sinkronisasi kebijakan pusat dan daerah	IKP 26.2	Persentase daerah yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional**						
		IKP 26.4	Nilai kualitas kebijakan Kementerian Kesehatan**						
	7969. Kegiatan Perumusan Kebijakan Pembangunan Kesehatan								
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti	IKK 26.2.2	Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator kesehatan nasional pada wilayah I	1.055.101.000	966.652.680	91,62	15	17,6	100
6833. AEA. 003		Penyusunan Perencanaan Kajian Kesehatan di Bidang Upaya Kesehatan	1.055.101.000	966.652.680	91,62	1	1		

No	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja/Rincian Output	Belanja			Capaian Kinerja			
			Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	%	Target	Capaian	Realisasi	
		IKK 26.4.1	Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan	2.783.235.000	2.726.395.095	97,96	80	118	100
		6833. ABG. 011	Kajian Pengembangan Kebijakan Baru Bidang Upaya Kesehatan	59.600.000	49.620.000	97,44	5	1	
		6833. ABG. 017	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Masyarakat	171.970.000	152.745.102	88,82	1	2	
		6833. ABG. 018	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Perseorangan	100.000.000	99.419.979	99,42	1	2	
		6833. ABG. 019	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola Mutu Fasyankes Primer	95.609.000	84.206.200	88,07	1	1	
		6833. ABG. 020	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Layanan Kesehatan Lanjutan dan Klinis	171.624.000	170.790.570	99,51	1	3	
		6833. ABG. 021	Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola dan Mutu Fasyankes Lanjutan	166.740.000	162.850.348	97,67	1	3	
		6833. ABG. 022	Rekomendasi Kebijakan Hasil Pemantauan dan Evaluasi Terpadu Pemeriksaan Kesehatan Gratis	1.180.043.000	1.176.226.350	99,68	1	2	
		6833. AEA. 004	Monitoring dan Evaluasi Implementasi Kebijakan Bidang Upaya Kesehatan	633.727.000	628.694.546	99,21	1	1	
		6833. AEA. 005	Uji Kelayakan Rancangan Regulasi Bidang Upaya Kesehatan	203.922.000	201.842.000	98,98	6	16	

BERITA ACARA REVIU INTERNAL
LAPORAN KINERJA PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN
TAHUN 2025

Berdasarkan Peraturan MenPAN RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja dengan ini kami Tim Pemantauan, Evaluasi dan Pelaporan Kinerja BPKP berdasarkan Surat Tugas Nomor OT.01.01/H.I/4385/2025 tentang Tim Kerja Satuan Kepatuhan Internal dan Manajemen Risiko di Sekretariat Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, mengadakan Reviu Internal Laporan Kinerja pada Unit berikut:

Nama Unit Kerja: **Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan**

Hasil Reviu berdasarkan form Reviu dalam Peraturan MenPAN RB Nomor 53 Tahun 2014

No	Pernyataan		Check list		Keterangan	
			Ya	Tidak*		
I	Format	1	Laporan Kinerja (LKj) telah menampilkan data penting sebagai berikut: <i>a. Uraian singkat organisasi</i> <i>b. Rencana dan target kinerja yang ditetapkan</i> <i>c. Pengukuran Kinerja</i> <i>d. Evaluasi dan analisis kinerja untuk setiap sasaran strategis atau hasil program/kegiatan dan kondisi terakhir yang seharusnya terwujud). Analisis ini juga mencakup atas efisiensi penggunaan sumber daya</i>	√		Format penyusunan Laporan Kinerja telah mengacu pada Permenpan 53/2014: a. Telah ada uraian singkat organisasi pada Bab I (hal 2-8) b. Rencana dan target telah dijabarkan pada bab II (hal. 13-18) c. Pengukuran kinerja telah diuraikan secara naratif pada bab II dengan perbandingan target dan capaian d. Evaluasi dan analisis kinerja dibahas pada bab III
		2	LKj telah menyajikan informasi target kinerja	√		Perjanjian kinerja sudah diotorisasi oleh

No	Pernyataan		Check list		Keterangan
			Ya	Tidak*	
		[LKj telah menyajikan ringkasan/ikhtisar Perjanjian Kinerja (PK) tahun yang bersangkutan]			pejabat yang berwenang
	3	<p>LKj telah menyajikan capaian kinerja yang memadai [LKj telah menyajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi]</p> <p>a. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini</p> <p>b. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir (realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun 2024 dibandingkan dengan tahun 2025);</p> <p>c. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;</p> <p>d. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada) – Eselon I adalah standar nasional;</p> <p>e. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan; atas efisiensi penggunaan sumber daya;</p>	<p>a. ✓</p> <p>b. ✓</p> <p>c. ✓</p> <p>e. ✓</p> <p>f. ✓</p>	d. ✓	<p>a. Perbandingan target dan capaian TA 2025 sudah disajikan</p> <p>b. Ada perbandingan indikator dengan tahun sebelumnya (2024 dibandingkan dengan 2025) hal 52</p> <p>c. Ada perbandingan realisasi kinerja jangka menengah hal 53</p> <p>d. N/A</p> <p>e. Telah ada analisis keberhasilan (faktor pendukung keberhasilan dalam setiap indikator) hal 22-24</p> <p>f. Telah ada analisis keberhasilan → analisis capaian kinerja hal 22-24</p>

No	Pernyataan		Check list		Keterangan	
			Ya	Tidak*		
		f. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.				
	4	LKj telah menyajikan dengan lampiran yang mendukung informasi pada badan laporan [<i>Lampiran terdiri atas Perjanjian Kinerja (PK) dan lain-lain yang dianggap perlu</i>]	√			
	5	LKj telah menyajikan upaya perbaikan ke depan [<i>Pada Bab IV ada uraian simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya</i>]	√		Pada Bab IV telah disajikan upaya perbaikan ke depan/rekomendasi hal 58	
	6	Telah menyajikan akuntabilitas keuangan [<i>Pada Bab III terdapat uraian realisasi anggaran yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja dengan uraian Realisasi anggaran dicantumkan per sasaran.</i>]	√			
II	Mekanisme penyusunan	1	LKj telah disusun oleh unit kerja yang memiliki tugas fungsi untuk itu [<i>LKj disusun sesuai Tupoksi Organisasi penyusun atau Tim yang ditetapkan dengan SK. (Data yang dibutuhkan: SK /Tupoksi penyusun)</i>].	√		Mekanisme penyusunan Laporan Kinerja telah mengacu pada Permenpan 53/2014
		2	Informasi yang disampaikan dalam LKj telah didukung dengan data yang memadai [<i>Untuk setiap sasaran, informasi yang disajikan</i>	√		Data diperoleh dari timker terkait

No	Pernyataan		Check list		Keterangan
			Ya	Tidak*	
		<p><i>didukung dengan data resmi dari masing-masing Unit Utama/kerja pelaksana.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Data yang dibutuhkan: Data yang telah diotorisasi (disahkan/ tanda tangan dan stempel) dari masing-masing Unit Utama/Kerja pelaksana</i> 			
	3	<p>Telah terdapat mekanisme penyampaian data dan informasi dari unit kerja ke unit penyusun LKj. [Adanya SPO/SOP atau Surat Edaran yang berisi mekanisme penyampaian data dan informasi dari unit kerja ke unit penyusun LKj.]</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Data yang dibutuhkan: SPO/SOP atau Surat Edaran yang berisi mekanisme penyampaian data dan informasi dari unit kerja ke unit penyusun LKj]</i> 	√		
	4	<p>Telah ditetapkan penanggung jawab pengumpulan data/informasi di setiap unit kerja [Adanya Surat Penetapan tentang Penanggung Jawab pengumpulan data/informasi di setiap unit kerja, khususnya berkaitan dengan penyusunan LKj]. <i>Data yang dibutuhkan: Surat Penetapan tentang Penanggung Jawab pengumpulan data/informasi di setiap</i></p>	√		Telah ada SK Tim Monev periode TA 2025

No	Pernyataan		Check list		Keterangan
			Ya	Tidak*	
		<i>unit kerja, khususnya berkaitan dengan penyusunan LKj</i>			
	5	<p>Data/informasi kinerja yang disampaikan dalam LKj telah diyakini keandalannya Data yang disajikan dalam LKj telah didukung dengan data resmi dari Unit Utama/kerja terkait dan lakukan pengujian ulang atas data/informasi kinerja yang disajikan dalam LKj. <i>Yang diukur dengan yg diperjanjikan.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lihat formula (Rumus/DO) dari indikator kinerja.</i> - <i>Lihat Kertas Kerja Perhitungan Pengukuran/Capaian Kinerja.</i> - <i>Lakukan pengujian pada masing-masing Indikator Kinerja.</i> <p><i>Data yang dibutuhkan: Data yang telah diotorisasi (disahkan/ tanda tangan dan stempel) dari masing-masing Unit Utama/Kerja pelaksana dan disertai dengan mekanisme/ kertas kerja analisa perhitungan pencapaian kinerja.</i></p>	√		
	6	<p>Analisis/penjelasan dalam LKj telah diketahui oleh unit kerja terkait <i>Analisis/penjelasan dalam LKj bersumber dari data kinerja unit utama/kerja terkait.</i></p> <p><i>Data yang dibutuhkan: Analisa yang disajikan dalam LKj berasal</i></p>	√		

No	Pernyataan		Check list		Keterangan
			Ya	Tidak*	
		<p><i>masing-masing Unit Kerja pelaksana (LKj dari Unit Kerja pelaksana)</i></p> <p>7 LKj bulanan merupakan gabungan partisipasi dari dibawahnya. Analisis bahwa LKj IP bulanan merupakan partisipasi dari Unit Utama/kerja dibawahnya</p> <p>Lihat periode pengukuran kinerja (bulanan/tiga bulanan/semesteran/tahunan)</p> <p>SPO/SOP Penanggung jawab di E1 dan K/L.</p> <p>Data yang dibutuhkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SPO/SOP pengukuran kinerja - Laporan pengukuran kinerja (bulanan/Triwulan/semesteran/tahunan sesuai SPO/SOP disertai data dokumen pendukung. 	√		Penjelasan laporan kinerja bulanan dilaksanakan berdasarkan SOP/mekanisme pelaporan setiap 10 hari kerja setelah triwulan berakhir
III	Substansi	<p>1 Tujuan/sasaran dalam LKj telah sesuai dengan tujuan/sasaran dalam perjanjian kinerja <u><i>Jika jawabanya tidak, maka berikan penjelasan yang memadai.</i></u> <u><i>Data yang dibutuhkan : LKj, RAP, Perjanjian Kinerja</i></u></p> <p>2 Tujuan/sasaran dalam LKj telah selaras dengan rencana strategis <u><i>Jika jawabanya tidak, maka berikan penjelasan yang memadai.</i></u> <u><i>Data yang dibutuhkan: LKj, RAP, Perjanjian Kinerja</i></u></p>	√		
					Terdapat 2 versi penyajian kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja awal TA 2025(indikator Renstra lama tahun

No	Pernyataan		Check list		Keterangan
			Ya	Tidak*	
					2020-2024) dan Renstra 2025 - 2029
	3	Jika butir 1 dan 2 jawabannya tidak, maka terdapat penjelasan yang memadai			
	4	Tujuan/sasaran dalam LKj telah sesuai dengan tujuan/sasaran dalam Indikator Kinerja <i>Jika jawabannya tidak, maka berikan penjelasan yang memadai. Data yang dibutuhkan: LKj, RAP, Perjanjian Kinerja</i>	√		
	5	Tujuan/sasaran dalam LKj telah sesuai dengan tujuan/sasaran dalam Indikator Kinerja Utama <i>Yakinkan bahwa indikator kinerja dalam LKj telah sesuai dengan indikator kinerja dalam Renstra Jika jawabannya tidak, maka berikan penjelasan yang memadai. Data yang dibutuhkan: LKj, Renstra, Perjanjian Kinerja</i>	√		
	6	Jika butir 4 dan 5 jawabannya tidak, maka terdapat penjelasan yang memadai <i>Yakinkan bahwa IKU dan IK telah cukup mengukur tujuan/sasaran Data yang dibutuhkan: LKj</i>			
	7	Terdapat perbandingan data kinerja dengan tahun lalu, standar nasional dan sebagainya yang bermanfaat <i>Data yang dibutuhkan: LKj</i>	√		
	8	IKU dan IK telah cukup mengukur tujuan/sasaran <i>Yakinkan bahwa IKU dan IK telah cukup mengukur</i>	√		

No	Pernyataan	Check list		Keterangan
		Ya	Tidak*	
	tujuan/sasaran Data yang dibutuhkan: LKj			
9	Jika "tidak" telah terdapat penjelasan yang memadai			
10	<p>IKU dan IK telah SMART Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/09/M.PAN/5/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama Di Lingkungan Instansi Pemerintah, Pasal 8 yang menyatakan bahwa: "Pemilihan dan penetapan IKU harus memenuhi karakteristik indikator kinerja yang baik dan cukup memadai guna pengukuran kinerja unit organisasi yang bersangkutan, yaitu: a. spesifik; b. dapat dicapai; c. relevan; d. menggambarkan keberhasilan sesuatu yang diukur; dan e. dapat dikuantifikasi dan diukur." Penjelasan tentang kriteria SMART dapat dilihat dalam Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER-20/M.PAN/11/2008 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama, BAB II, poin huruf B "Syarat dan Kriteria Indikator Kinerja", yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Specific): spesifik, indikator kinerja harus sesuai dengan program dan atau kegiatan sehingga mudah dipahami 	√		


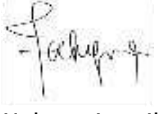


No	Pernyataan		Check list		Keterangan
			Ya	Tidak*	
		<p>dalam memberikan informasi yang tepat tentang hasil atau capaian kinerja dari kegiatan dan atau sasaran</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Measurable): menggambarkan sesuatu yang diukur, indikator yang baik merupakan ukuran dari suatu keberhasilan. Indikator tersebut harus mempunyai satu dimensi dan tepat secara operasional • (Achievable): dapat dicapai, indikator kinerja yang ditetapkan harus menantang namun bukan hal yang mustahil untuk dicapai dan dalam kendali instansi pemerintah • (Relevan): relevan, suatu indikator kinerja harus dapat mengukur sedekat mungkin dengan hasil yang akan diukur • (Time-bound) Dapat dikuantifikasi dan diukur indikator dalam angka (jumlah atau persentase nilai dolar, tonase, dsb) atau dapat diukur untuk dapat ditentukan kapan dapat dicapai. 			

*) apabila jawaban "**TIDAK**" diisikan penjelasan pada tabel catatan dan rekomendasi sesuai point pernyataan

Catatan dan Rekomendasi/Tindak lanjut

Catatan	Tindak Lanjut
<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melengkapi data Tabel 3.4 Kajian dan Riset Implementasi Tahun 2025 yang belum terisi - Melengkapi Kesimpulan dan Rekomendasi dari Kajian dan Riset Implementasi tahun 2025 yang sudah dilaksanakan oleh Pusjak UK - Ditambahkan target pertahun sesuai renstra 2026-2029 	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinasi dengan Timker terkait untuk melengkapi data Tabel 3.4 Kajian dan Riset Implementasi Tahun 2025 yang belum terisi - Dilengkapi data target pertahun sesuai renstra 2026-2029

Jakarta, 27 Januari 2026

Petugas Unit Kerja yang di reviu	Ketua Tim Kerja Program dan Anggaran
 1. Agnes Putri Aprilia, S. Si,ME NIP 198604152010122002  2. Frita Ramdaniar, S.I.Kom, MAP NIP 198401062010122003  3. Tri Wahyuningsih, S.Pd NIP 198609142010122002  4. M. Saefullah, S.Ak NIP 199001202025211051	Tri Ramadhany, S.Kom, M.E NIP 198307082010121001
Reviewer (Tim SKI Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan)	
Anggota Tim SKI BKPK	Ketua Tim SKI
 1. Esde Dianusana Etieka, S.Farm, Apt.MKM NIP 198211292008012012  2. Chairiyani Irham, A.Md NIP 199001082022032001	 Yuni Nuraini, SE, MKM NIP 197306152000032002



**PUSAT KEBIJAKAN UPAYA KESEHATAN
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

