# RENCANA STRATEGIS

## KEMENTERIAN KESEHATAN

2025-2029

**DAFTAR ISI**


DAFTAR ISI 2

**BAB 1 PENDAHULUAN 3**

1.1 Kondisi Umum 3

1.2 Potensi dan Tantangan 13

**BAB 2 VISI, MISI, DAN TUJUAN KEMENTERIAN KESEHATAN 37**

2.1 Visi Kementerian/Lembaga 37

2.2 Misi Kementerian/Lembaga 37

2.3 Tujuan Kementerian/Lembaga 37

2.4 Sasaran Strategis Kementerian/Lembaga 38

**BAB 3 ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI, KERANGKA REGULASI DAN KERANGKA KELEMBAGAAN 39**

3.1 Arah Kebijakan dan Strategi Nasional 40

3.2 Arah Kebijakan dan Strategi Kementerian Kesehatan 43

3.3 Kerangka Regulasi 60

3.4 Kerangka Kelembagaan 65

**BAB 4 TARGET KINERJA DAN KERANGKA PENDANAAN 70**

4.1 Target Kinerja 70

4.2 Kerangka Pendanaan 72

**BAB 5 PENUTUP 75**

**6. LAMPIRAN 76**

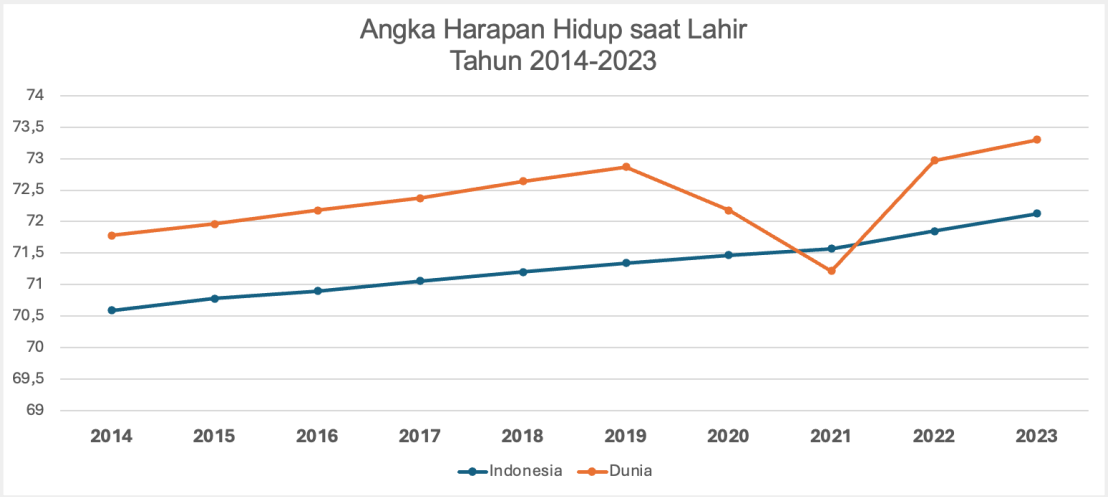
a. Lampiran Matrik Kerangka Regulasi 77

# BAB 1 PENDAHULUAN

## 1.1 Kondisi Umum

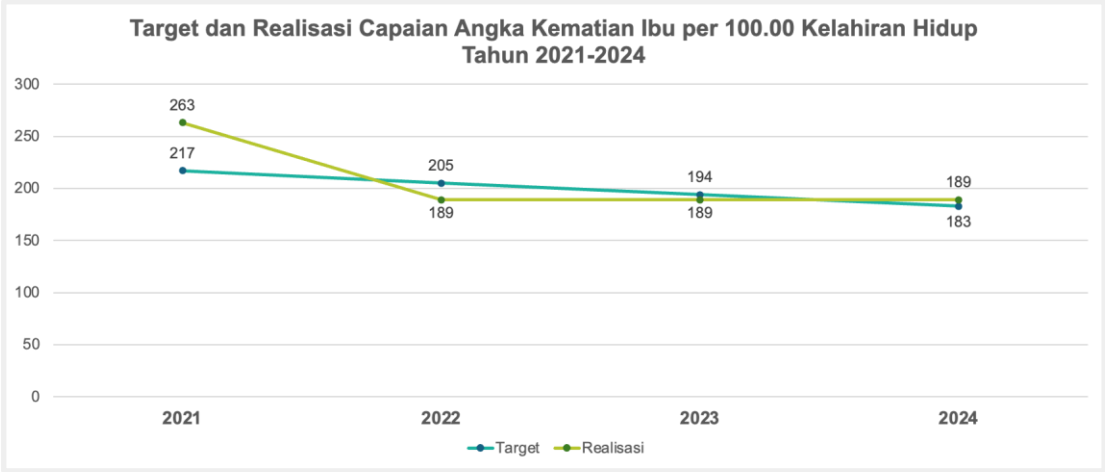
**Dalam lima tahun terakhir, sektor kesehatan Indonesia telah menunjukkan perkembangan yang signifikan, semakin inklusif dan transformatif.** Salah satu capaian utama adalah peningkatan angka harapan hidup (AHH) yang mencapai 74,15 tahun pada 2024, naik dari 71,34 tahun pada 2019 (BPS). Peningkatan ini menunjukkan perbaikan kondisi kesehatan umum masyarakat, akses terhadap layanan kesehatan, serta peningkatan keberhasilan dalam intervensi kesehatan masyarakat.

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




**Grafik 1.** Tren Angka Harapan Hidup Indonesia dan Dunia Tahun 2014-2023

**Kemajuan pembangunan kesehatan juga tercermin dari peningkatan indikator kesehatan ibu dan anak.** Prevalensi stunting pada balita berhasil ditekan menjadi 21,5% pada 2023. Angka Kematian Ibu (AKI) turun signifikan dari 263 per 100.000 kelahiran hidup pada 2021 menjadi 189 per 100.000 pada 2024. Meskipun mengalami kemajuan, capaian ini belum mencapai target yang ditetapkan, yaitu 183 per 100.000 kelahiran hidup, dan masih jauh dari target SDGs yaitu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Untuk mencapai target tersebut, diperlukan inovasi, percepatan, peningkatan kesadaran ibu hamil dalam mengenali dan mengatasi faktor risiko kehamilan, penguatan layanan primer, serta koordinasi lintas program dan sektor.




**Grafik 2.** Perbandingan Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup Tahun 2021-2024

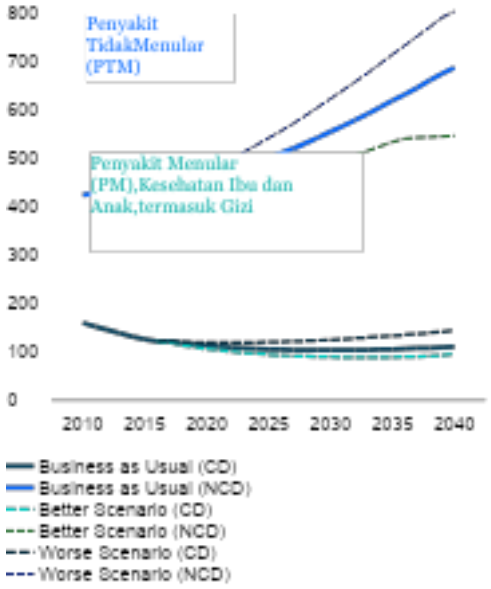
**Penurunan angka kematian pada kelompok bayi dan balita mencerminkan kemajuan dalam upaya peningkatan kesehatan anak di Indonesia.** Angka kematian neonatal (AKN) berhasil ditekan dari 15 per 1.000 kelahiran hidup pada 2017 (SDKI) menjadi 9,3 pada 2020 (Longform Sensus BPS), lebih baik dari target SDGs sebesar 12. Angka kematian balita (AKBa) juga menunjukkan perbaikan signifikan, dari 27 pada 2015 (Supas BPS) menjadi 19,83 per 1.000 kelahiran hidup pada 2020, sehingga telah melampaui target SDGs tahun 2030, yaitu 25 per 1.000 kelahiran hidup. Sementara itu, angka kematian bayi (AKB) turun dari 22 per 1.000 kelahiran hidup pada 2015 menjadi 16,85 pada 2020 (Sensus Penduduk BPS), dan diperkirakan akan mampu memenuhi target SDGs sebesar 12 pada 2030. Namun demikian, Indonesia masih berada pada posisi ke-6 tertinggi dalam angka kematian bayi di kawasan Asia Tenggara (WHO, 2020), serta berada di urutan ke-7 dunia dalam jumlah kematian neonatal (WHO, 2022). Ketimpangan regional juga masih mencolok, dengan wilayah timur Indonesia mencatatkan angka kematian neonatal, bayi, dan balita yang lebih tinggi dibandingkan daerah lainnya (Longform Sensus BPS, 2020). Capaian ini tidak terlepas dari peran strategis layanan kesehatan dasar yang semakin menjangkau seluruh lapisan masyarakat, termasuk peningkatan cakupan imunisasi serta penyediaan layanan kesehatan ibu dan anak (KIA) yang semakin terstandar, bermutu dan terjangkau. Melalui pendekatan layanan primer berbasis siklus hidup dan optimalisasi peran Puskesmas sebagai garda terdepan, transformasi layanan primer telah menjadi fondasi utama dalam upaya peningkatan kesehatan anak secara berkelanjutan

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

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

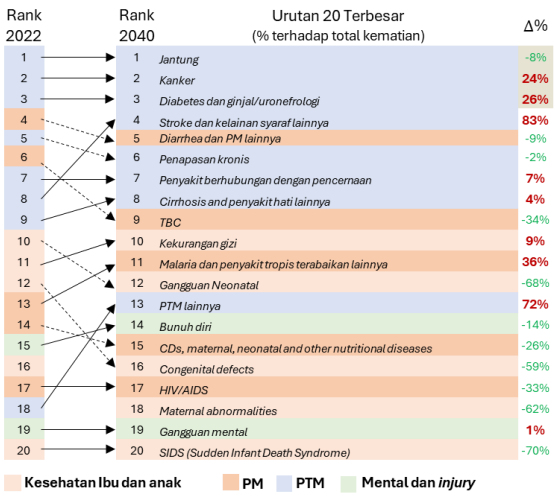
**Beban penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia terus menunjukkan peningkatan dan kini menjadi tantangan besar dalam sistem kesehatan nasional.** Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi mencapai 29,2%, dan diabetes sebesar 11,7% pada populasi usia 15 tahun ke atas. PTM kini menjadi penyebab dari 52,5% total kematian di Indonesia dan menyumbang beban pembiayaan terbesar dalam sistem kesehatan nasional. Pada tahun 2022, empat penyakit katastropik, yaitu jantung, stroke, kanker, dan gagal ginjal, menghabiskan hampir Rp 27,5 triliun dari anggaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berbagai upaya untuk deteksi ini dan tata laksana PTM telah dilakukan melalui penguatan upaya promotif-preventif di layanan primer dan kuratif di layanan sekunder maupun tersier. Pada tahun 2024, skrining obesitas telah menjangkau 58.316.042 orang atau 35,83% dari target sasaran sebesar 162.752.614 orang. Capaian signifikan juga dicatat pada skrining diabetes melitus yang telah menjangkau 43.159.593 orang (36,45% dari target), serta skrining hipertensi yang telah dilaksanakan pada 41.783.806 orang (21,59% dari target). Selain itu, cakupan skrining untuk gangguan indra mencapai 18,15%, kanker payudara 28,39%, kanker leher rahim 26,21%, PPOK 29,14%, stroke 30,91%, dan jantung 6,4%.

a) Estimasi trend kematian




(per 100.000 penduduk)

b) Perubahan pola penyebab kematian antara tahun 2022 & 2040




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

**Gambar xx.** Proyeksi penyebab kematian berdasarkan (a) kategori penyakit dan (b) usia siklus hidup.

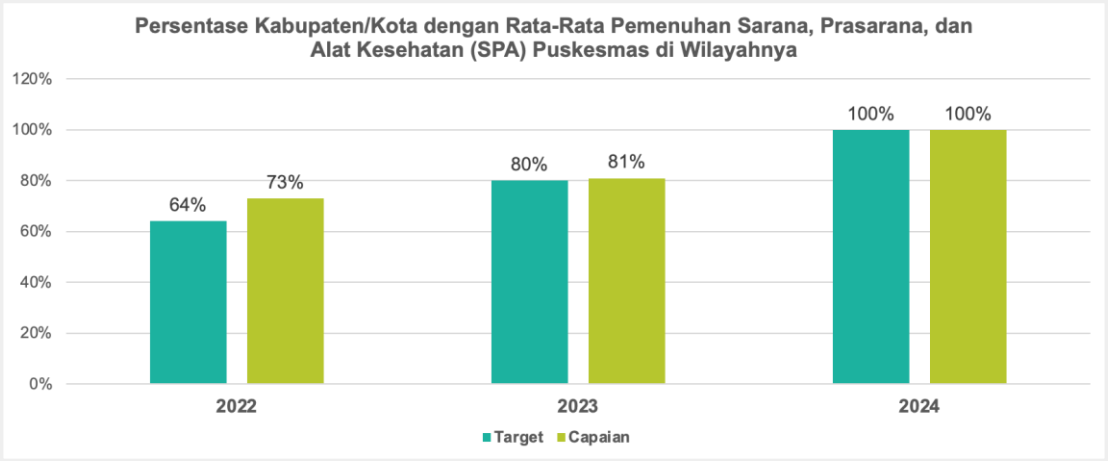
**Dalam hal perluasan akses layanan kesehatan esensial, Indonesia mencatatkan kemajuan meski masih memiliki kesenjangan yang perlu diatasi.** Berdasarkan Indeks *Universal Health Coverage (UHC) Service Coverage Index* dari WHO, capaian Indonesia meningkat menjadi 55 pada tahun 2021, naik dari 42 pada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

**Menjawab tantangan sistem kesehatan Indonesia, sejak akhir tahun 2021 Indonesia telah melaksanakan transformasi sistem kesehatan untuk mewujudkan sistem kesehatan yang baik, kuat, serta terintegrasi dengan sistem kesehatan dunia.** Reformasi sistem kesehatan nasional diterjemahkan oleh Kementerian Kesehatan ke dalam enam pilar transformasi kesehatan, yyaitu: (i) transformasi layanan primer, (ii) transformasi layanan rujukan, (iii) transformasi sistem ketahanan kesehatan, (iv) transformasi sistem pembiayaan kesehatan, (v) transformasi SDM kesehatan, serta (vi) transformasi teknologi kesehatan. Secara bertahap, transformasi kesehatan di Indonesia telah menunjukkan kemajuan yang positif, sesuai arah dan target yang telah ditetapkan dalam rencana strategis.

Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk terus mempercepat, memperkuat, dan memperluas pelaksanaan transformasi kesehatan, sebagai bagian dari upaya kolektif untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan menuju Indonesia Emas 2045.

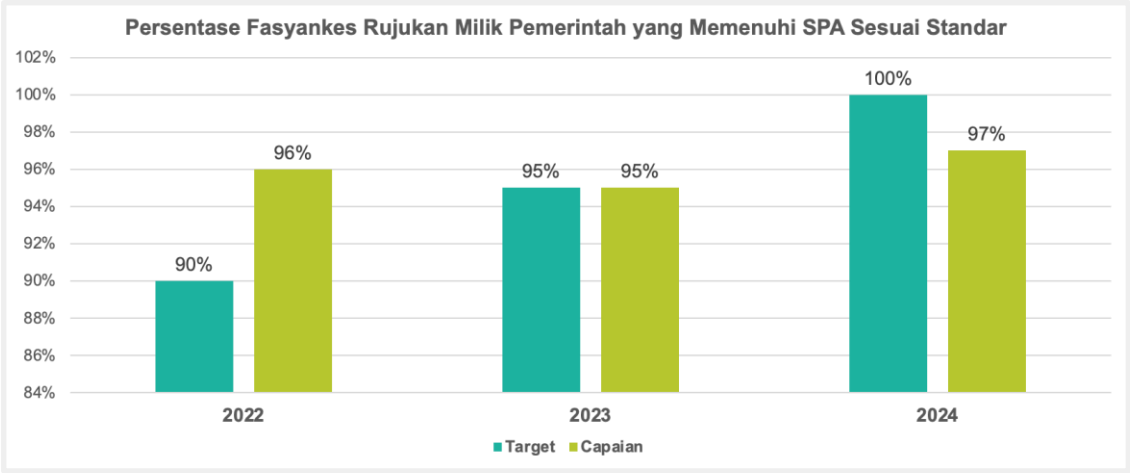
**Pertama, transformasi layanan primer telah memperkuat jaringan pelayanan kesehatan dasar dengan fokus promotif dan preventif, menjangkau seluruh pelosok Indonesia.** Empat inisiatif utama dalam transformasi ini meliputi revitalisasi layanan primer, integrasi paket layanan primer, perluasan cakupan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

**Pemerintah mengembangkan model integrasi layanan kesehatan primer (ILP) yang berorientasi pada siklus hidup individu.** Pendekatan ini berorientasi pada kebutuhan individu di setiap tahap kehidupan, melalui tata kelola Puskesmas yang terintegrasi dengan sistem klaster. Seluruh kabupaten/kota telah memenuhi target 100% standar sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA) Puskesmas, serta 92% memenuhi ketersediaan obat sesuai standar. Dukungan terhadap pelayanan juga diperkuat melalui penyediaan USG, alat antropometri, dan pemenuhan sembilan jenis tenaga kesehatan di Puskesmas. Selain itu, cakupan imunisasi juga diperluas dari 11 menjadi 14 jenis vaksin wajib untuk memperkuat imunitas masyarakat dan mencegah terjadinya wabah. Di samping itu, peran kader kesehatan yang berjumlah lebih dari 1,4 juta dan tersebar di berbagai pelosok Indonesia diperkuat melalui berbagai pelatihan keterampilan dasar dan pelibatan aktif dalam kampanye kesehatan melalui media dan platform digital. Dukungan terhadap gerakan seperti GERMAS dan edukasi kesehatan sejak sekolah melalui peluncuran bahan ajar, menjadi bagian dari strategi jangka panjang untuk membentuk masyarakat yang lebih sehat.



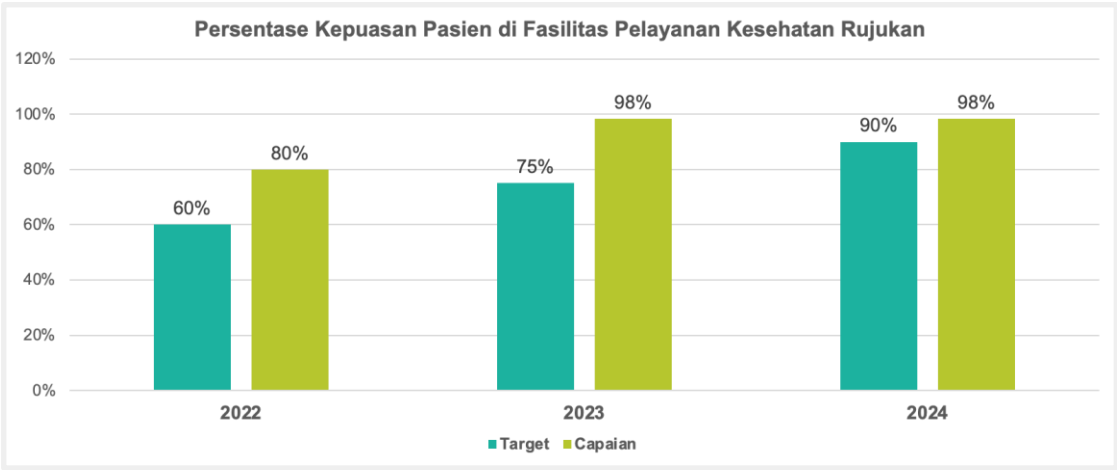

**Grafik X.** Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Kabupaten/Kota dengan Rata-Rata Pemenuhan SPA Puskesmas di Wilayahnya Tahun 2022-2024

**Kedua, transformasi layanan rujukan kian meningkatkan akses dan mutu pelayanan secara merata dan berkeadilan melalui pembangunan dan penyediaan layanan spesialistik di berbagai wilayah Indonesia.** Upaya ini dilakukan melalui pembangunan 38 rumah sakit baru di luar pulau Jawa, penyediaan sarana dan alat kesehatan, serta penguatan tata kelola rumah sakit. Hingga 2024, 97,1% fasilitas layanan rujukan pemerintah telah memenuhi standar sarana, prasarana, dan alat kesehatan. Pemerintah juga memperluas layanan rujukan untuk 10 penyakit prioritas, termasuk jantung, stroke, kanker, dan ginjal, dengan pemerataan layanan seperti bedah jantung terbuka, *cathlab*, terapi kanker, dan PET CT. Dari 34 provinsi, baru 10 provinsi yang sudah memiliki RS dengan kapasitas memberikan pelayanan terhadap 10 penyakit prioritas ini. Program pengampuan rumah sakit dijalankan untuk standardisasi kompetensi, fasilitas, dan dukungan teknis terhadap jejaring layanan prioritas.



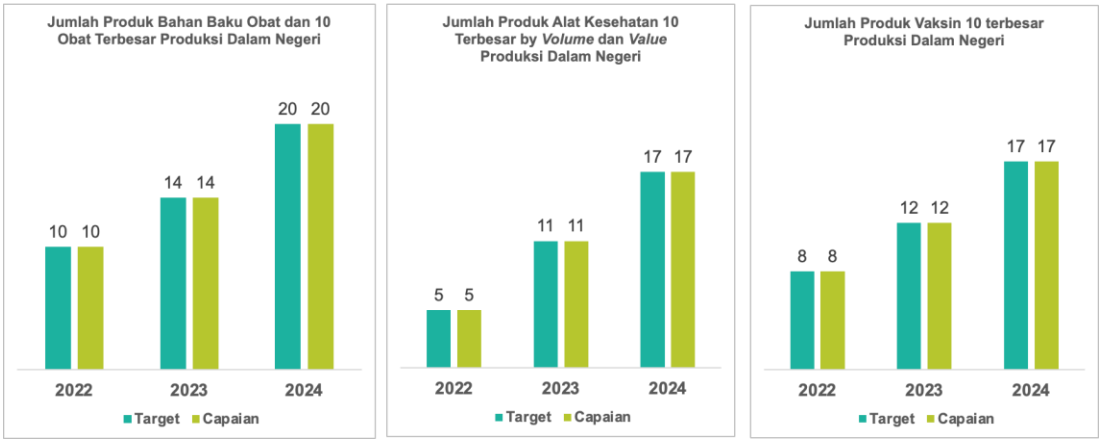

**Grafik X.** Perbandingan Target dan Realisasi Persentase Fasyankes Rujukan Milik Pemerintah yang
Memenuhi SPA Sesuai Standar Tahun 2022-2024

**Peningkatan mutu juga tercermin dari bertambahnya rumah sakit vertikal dengan layanan unggulan internasional dan semakin meningkatnya kepuasan pasien.** Hingga tahun 2024, terdapat 28 RS vertikal dengan layanan unggulan internasional, meningkat hampir dua kali lipat dibandingkan dengan tahun 2022 yang hanya mencapai 12 RS. Selain itu, tingkat kepuasan pasien rujukan mencapai 98,37%, konsisten di atas 90% selama tiga tahun terakhir. Persentase kematian pasien rawat inap lebih dari 48 jam menurun signifikan dari 2,7 pada 2023 menjadi 0,97 pada 2024. Pencapaian ini didukung oleh penyusunan NSPK, Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), serta penguatan layanan emergensi ibu dan anak, seperti SC emergensi dan PONEK.



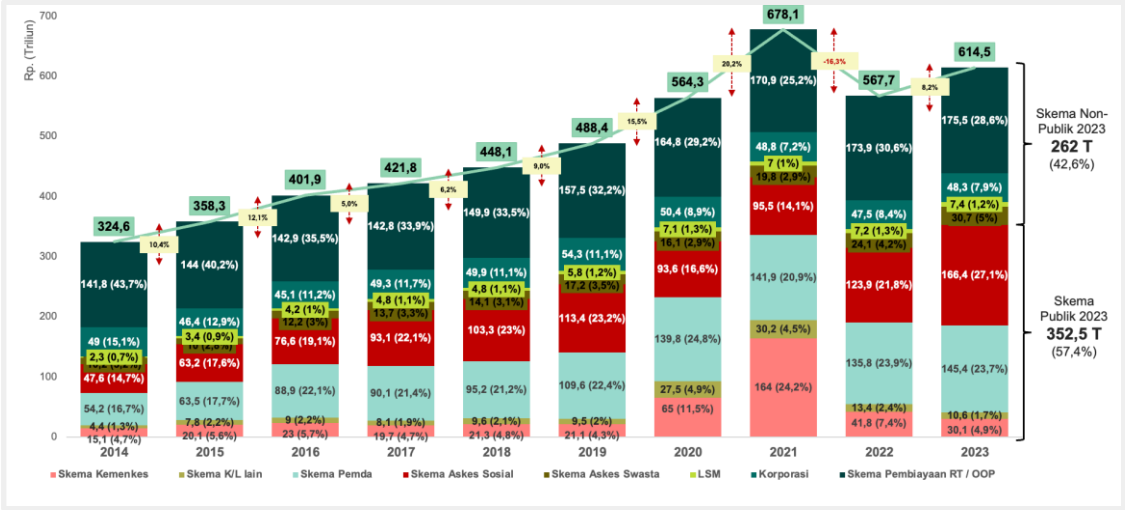

**Grafik X.** Perbandingan Persentase Kepuasan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan

**Ketiga, transformasi sistem ketahanan kesehatan di Indonesia menunjukkan kemajuan signifikan melalui tiga pendekatan utama: penguatan produksi alat kesehatan, obat, dan vaksin dalam negeri; peningkatan surveilans dan respons krisis kesehatan; serta penguatan sistem penanganan bencana dan kesiapsiagaan kedaruratan.** Kemandirian farmasi dan alat kesehatan dalam negeri meningkat pesat dan berhasil mencapai target Renstra 2020–2024, seperti produksi 20 bahan baku obat (BBO), 17 produk alat kesehatan, dan 17 vaksin di dalam negeri. Keberhasilan ini didorong oleh intervensi strategis pemerintah, sinergi *triple helix* antara akademisi, industri, dan pemerintah, serta inisiatif seperti pendirian *Vaccine Collaborating Center* (VOLARE) dan kerja sama dengan Medicines Patent Pool. Di samping itu, Indonesia juga memperkuat sistem surveilans untuk deteksi dan penanganan KLB, yang kini telah mencapai cakupan 84,5% kabupaten/kota, melebihi target nasional. Sistem ini juga diperkuat dengan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan telah distandarisasi di seluruh provinsi, termasuk pembentukan Tenaga Cadangan Kesehatan (TCK). Hingga akhir September 2024, terdapat 17.837 individu TCK, mayoritas (74%) merupakan tenaga kesehatan, yang siap dimobilisasi melalui 270 tim dan 589 *emergency medical team* (EMT).




**Grafik X.** Jumlah Produk BBO, Alat Kesehatan, dan Vaksin Produksi Dalam Negeri Tahun 2022-2024

**Keempat, transformasi sistem pembiayaan kesehatan Indonesia menunjukkan capaian positif dalam penguatan kelembagaan, perluasan akses, dan peningkatan pembiayaan promotif preventif.** Selama satu dekade terakhir, total belanja kesehatan nasional meningkat hampir dua kali lipat, dari Rp 324,6 triliun mencapai Rp 614,5 triliun pada 2023, meskipun efisiensi sistem masih perlu diperkuat karena proporsi *out-of-pocket* kembali meningkat pasca-pandemi, dari 25,1 pada 2022 menjadi 28,6 pada 2024. Upaya penguatan sistem juga didukung oleh optimalisasi *National Health Accounts* (NHA), penerapan *Health Technology Assessment* (HTA), konsolidasi pembiayaan melalui Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK), dan penyesuaian tarif layanan JKN secara berkala, sebagai bagian dari langkah strategis menuju sistem pembiayaan yang lebih adil, efisien, dan berkelanjutan.

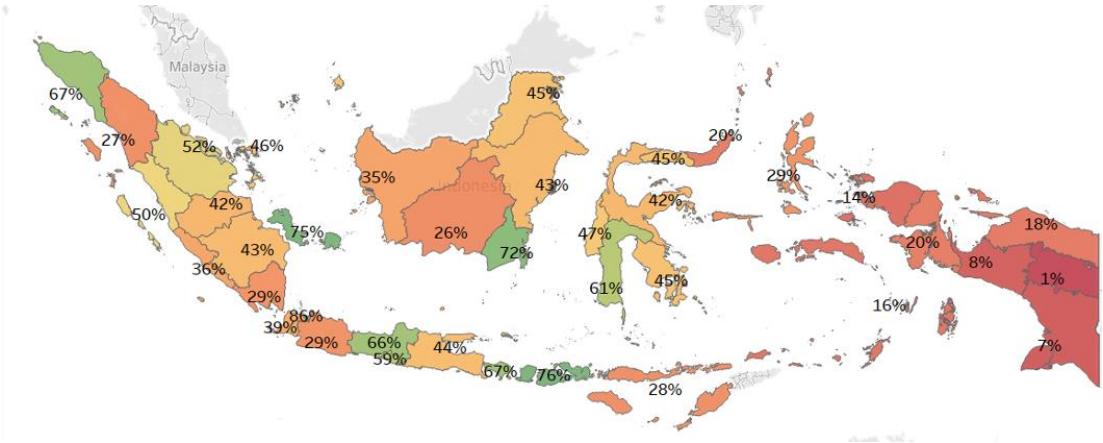



**Grafik X.** *National Health Accounts* Indonesia Tahun 2014-2023

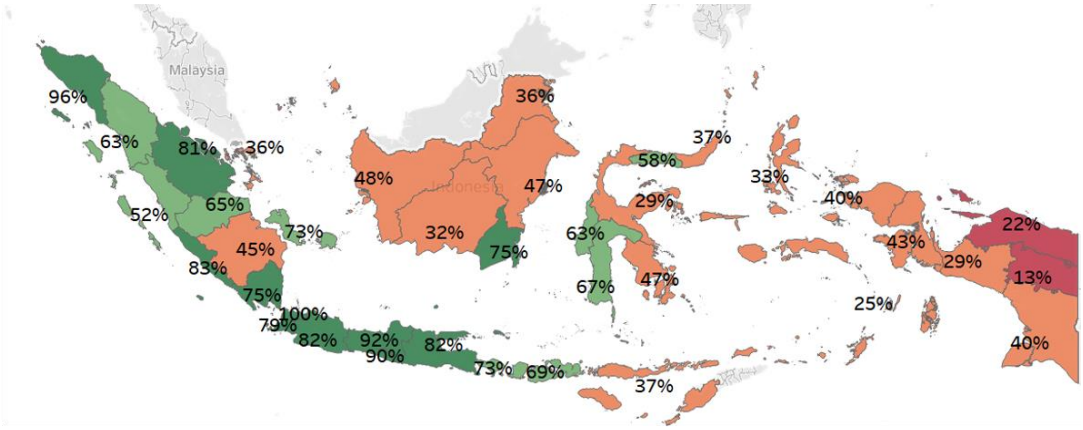
**Capaian di bidang promotif dan preventif menjadi salah satu indikator keberhasilan transformasi ini.** Pemerintah berhasil melampaui target cakupan skrining 14 jenis penyakit bagi kelompok berisiko peserta JKN, dengan capaian sebesar 158,5% dari target 100% pada 2024. Adapun skrining mencakup 14 penyakit berikut: (i) hipotiroid kongenital; (ii) anemia; (iii) tuberkulosis; (iv) hepatitis; (v) diabetes melitus; (vi) hipertensi; (vii) jantung; (viii) stroke; (ix) penyakit paru obstruksi kronis (PPOK); (x) thalassemia; (xi) kanker payudara; (xii) kanker leher rahim; (xiii) kanker paru; dan (xiv) kanker usus. Selain itu, 80% kabupaten/kota yang telah memenuhi memenuhi pembiayaan kegiatan promotif preventif dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) melebihi target nasional sebesar 75%. Capaian ini mencerminkan komitmen bersama dalam memperkuat layanan kesehatan dasar dan pencegahan penyakit secara lebih merata di seluruh wilayah Indonesia.

**Kelima, transformasi SDM kesehatan menunjukkan perkembangan dalam peningkatan ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten, merata, dan berkeadilan di seluruh Indonesia.** Sejak diberlakukannya UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023, berbagai kebijakan diterapkan untuk menyederhanakan proses administratif dan tahapan registrasi serta perizinan tenaga medis dan tenaga kesehatan. Hal ini tercermin dari penerbitan lebih dari 1,5 juta Surat Tanda Registrasi

(STR) seumur hidup, penyederhanaan penerbitan Surat Izin Praktik (SIP), serta kemudahan pemenuhan Satuan Kredit Profesi (SKP) melalui platform Plataran Sehat secara daring. Hingga Desember 2024, tercatat 61% (6.679) dari 10.944 faskes yang teregistrasi dan laik operasional yang memiliki SDM kesehatan sesuai standar. Capaian ini terdiri dari 6.133 puskesmas yang lengkap dengan sembilan jenis tenaga kesehatan dan 546 rumah sakit umum daerah dengan empat jenis dokter spesialis dasar dan tiga jenis dokter spesialis lainnya sesuai standar. Pemerintah juga mempercepat pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan melalui peningkatan akses pendidikan, pelatihan, dan pengembangan karir, termasuk penambahan kuota mahasiswa, beasiswa dalam dan luar negeri, serta pelaksanaan program pendidikan dokter spesialis (PPDS) berbasis rumah sakit pendidikan penyelenggara utama (RSP-PU) untuk mendistribusikan dokter spesialis ke wilayah yang kekurangan, khususnya daerah terpencil. Untuk menjamin mutu, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) guna memastikan standar dan kualitas RSP-PU setara dengan praktik internasional.




**Gambar X.** Persentase Pemenuhan Sembilan Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas Tahun 2024




**Gambar X.** Persentase Pemenuhan Tujuh Jenis Dokter Spesialis Dasar di RSUD Tahun 2024

**Keenam, transformasi teknologi kesehatan di Indonesia telah menunjukkan capaian signifikan, terutama melalui pembangunan sistem data kesehatan terintegrasi berbasis arsitektur satu data kesehatan.** Hingga 2024, sebanyak

49.558 fasilitas kesehatan telah mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia, melampaui target Renstra 2020–2024 yang disesuaikan menjadi 40.000 faskes. Transformasi ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan, yang mengamanatkan bahwa sistem informasi kesehatan harus memenuhi prinsip satu data, yaitu standar data, metadata, interoperabilitas, serta penggunaan kode referensi dan/atau data induk. Salah satu tonggak penting dalam interoperabilitas adalah kehadiran platform SATUSEHAT yang berhasil melakukan standardisasi format dan metadata, sehingga memungkinkan integrasi data kesehatan antar sistem informasi fasilitas layanan kesehatan. SATUSEHAT juga menyediakan referensi data untuk pencatatan data kesehatan individu, menjadikannya solusi utama dalam menghadirkan sistem yang *interoperable* dan terintegrasi.

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

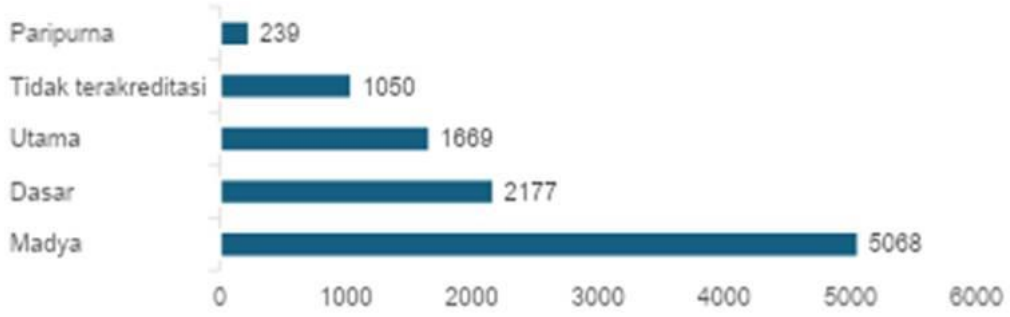
**Dengan berbagai capaian nyata selama periode 2020–2024, transformasi kesehatan di Indonesia telah berhasil membangun fondasi yang kuat menuju sistem kesehatan yang lebih tangguh, merata, dan berkelanjutan**. Peningkatan angka harapan hidup, penurunan stunting, perluasan cakupan imunisasi, penguatan layanan primer dan rujukan, penguatan ketahanan kesehatan, serta integrasi teknologi kesehatan menjadi bukti konkret dari keberhasilan enam pilar transformasi kesehatan. Upaya transformasi ini juga telah meningkatkan kualitas layanan, memperkuat ketahanan sistem kesehatan, serta memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan yang lebih merata, berkualitas, adil, dan inklusif. Untuk itu, keberlanjutan transformasi dalam Renstra 2025–2029 sangat penting agar momentum kemajuan ini terus terjaga dan diperluas, demi mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, dan siap menyongsong Indonesia Emas 2045.

### i.1.2 Potensi dan Tantangan

1.2.1 Transformasi Layanan Primer

**Salah satu tantangan utama dalam optimalisasi pelayanan kesehatan primer di Indonesia adalah kesenjangan geografis dan sosioekonomi.** Sebagai negara kepulauan dengan lebih dari 17.500 pulau, pembangunan di Indonesia belum sepenuhnya merata, yang berdampak pada ketimpangan akses ke layanan kesehatan. Pertumbuhan jumlah puskesmas pada tahun 2023 telah mencapai 10.180 puskesmas dari 9.321 puskesmas di tahun sebelumnya, dimana rasionya terhadap jumlah kecamatan sudah pada angka 1,4 yang mengindikasikan setidaknya setiap kecamatan memiliki puskesmas. Meskipun begitu, faktor seperti waktu tempuh, ketersediaan moda transportasi, dan kondisi ekonomi sangat mempengaruhi kemudahan masyarakat dalam mengakses layanan tersebut. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan bahwa hanya sekitar 32,2% rumah tangga dari kelompok ekonomi paling rendah yang merasa mudah menjangkau Puskesmas dan jaringannya dibandingkan dengan 65,1% dari kelompok ekonomi tinggi.

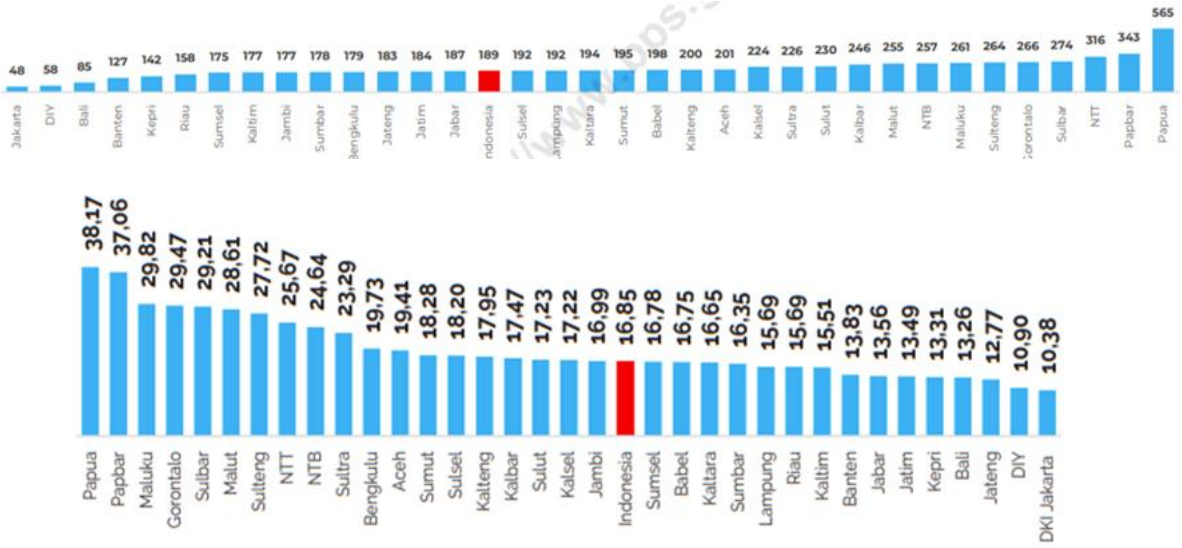
**Selain akses, kesenjangan kualitas pelayanan primer di Indonesia masih tampak jelas dari hasil akreditasi yang diperoleh Puskesmas.** Masih terdapat sekitar 10,3% Puskesmas yang belum terakreditasi di Indonesia. Diantara Puskesmas yang sudah terakreditasi, kebanyakan masuk kategori madya 55,3% diikuti dengan kategori dasar (24%), utama (18%), dan hanya 3% Puskesmas yang mendapatkan akreditasi tertinggi yaitu paripurna. Akreditasi paripurna mengindikasikan fasilitas pelayanan primer tersebut mampu memberikan pelayanan bermutu. Kesenjangan yang terjadi akibat kualitas maupun akses terhadap pelayanan primer dapat berdampak pada derajat kesehatan masyarakat.




Gambar x. Jumlah Puskesmas beserta Akreditasinya di Indonesia

**Salah satu dampak nyata kesenjangan pelayanan kesehatan primer di Indonesia tercermin dari tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).** Menurut data BPS tahun 2020, AKI Indonesia mencapai 189 per 100.000 kelahiran hidup, jauh di atas target SDGs sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup. Ketimpangan antar provinsi juga sangat mencolok dengan wilayah timur seperti Papua (565), Papua Barat (343), dan NTT (316) memiliki AKI jauh lebih tinggi dibandingkan provinsi di Jawa seperti DKI Jakarta (48), DI Yogyakarta (58), dan Banten (127). Pola serupa terlihat pada AKB, di mana Papua Barat (37,06) dan Maluku (19,82) mencatat angka lebih tinggi daripada DKI Jakarta (10,38) dan Jawa Tengah (12,77). Meski AKB

nasional (16,85 per 1.000 kelahiran hidup) masih di atas target SDGs (12 per 1.000), proyeksi menunjukkan bahwa AKB memiliki peluang lebih besar untuk mencapainya dibandingkan AKI.




Gambar x. Sebaran Angka Kematian Ibu (AKI) (atas) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (bawah) Berdasarkan Provinsi di Indonesia Tahun 2020

**Lebih dari itu, kesenjangan dalam cakupan pelayanan ibu hamil juga terlihat pada pengecekan kehamilan.** Meskipun 86,7% ibu hamil menjalani pemeriksaan kehamilan pertama (K1), hanya 17,6% yang memenuhi standar K6 (pemeriksaan kehamilan lengkap 6 kali). Bali memiliki cakupan K6 mencapai 65,3% (satu-satunya provinsi di atas 50%), sementara di Maluku Utara, angkanya hanya 4,1%. Padahal, pemeriksaan pada trimester ketiga sangat krusial karena risiko komplikasi justru meningkat pada fase ini.

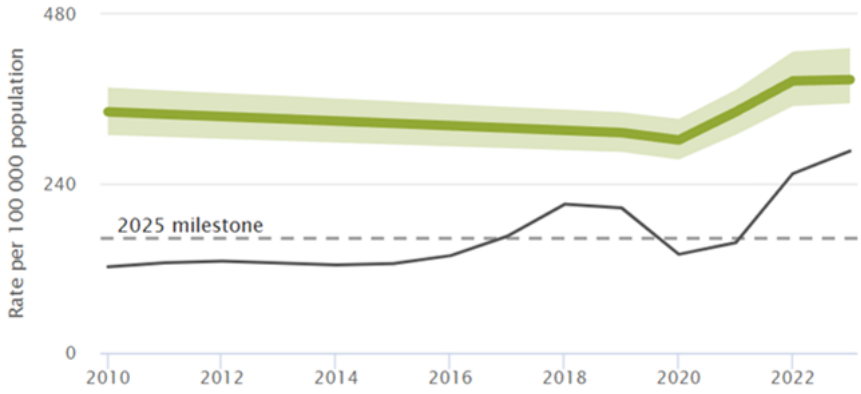
| | PEDESAAN/PERKOTAAN | | | SOSIAL EKONOMI | | | PROVINSI | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Desa | Kota | Gap | Terendah | Tertinggi | Gap | Terendah | Tertinggi | Gap |
| **Masa Kehamilan** | | | | | | | | | |
| K1 Murni | 85 | 87.9 | 2.9 | 78.6 | 91.2 | 12.6 | 42.2 | 94.8 | 52.6 |
| K4 | 63.9 | 71.2 | 7.3 | 52.7 | 75.7 | 23.0 | 13.9 | 90.0 | 76.1 |
| K6 | 12.3 | 21.6 | 9.3 | 4.3 | 34.5 | 30.2 | 4.1 | 65.3 | 61.2 |

Gambar x. Kesenjangan Capaian Kesehatan Ibu Berdasarkan Wilayah dan Sosial Ekonomi (SKI 2023)

**Di luar dari kesenjangan yang terjadi pada akses dan kualitas pelayanan primer, Indonesia sedang mengalami beban penyakit ganda (*double burden of disease)* yang mengharuskan adaptasi sektor kesehatan dalam menanggulangi Penyakit Tidak Menular (PTM) dan Penyakit Menular (PM) melalui upaya yang lebih mengarah pada tindakan promotif dan preventif.** Beberapa faktor yang menciptakan terjadinya kondisi tersebut adalah transisi ekonomi, perkembangan teknologi, dan urbanisasi yang telah berlangsung selama bertahun-tahun sehingga terjadi perubahan pola perilaku. Hal ini menyebabkan meningkatnya jumlah PTM di saat jumlah PM yang juga masih tergolong tinggi. tuberkulosis (TB), HIV/AIDS, Malaria, Demam Berdarah

Dengue (DBD), dan Kusta atau *Neglected Tropical Disease* (NTD) lainnya seringkali menjadi pusat perhatian untuk penyakit menular. Sedangkan, kanker, jantung, stroke dan gangguan uronefrologi (KJSU) mendominasi beban penyakit tidak menular yang terjadi di Indonesia. Setiap penyakit, baik menular maupun tidak, memiliki gambaran kondisi masing-masing.

**Pertama,** Indonesia menghadapi tantangan besar dalam penanggulangan TB, menempati peringkat kedua dunia dengan incidence rate 387 per 100.000 penduduk dan estimasi 134.000 kematian pada 2023 (Global TB Report 2024). Upaya penurunan beban TB melalui penemuan kasus aktif (*active case finding*), pelaporan terpadu, serta peningkatan akses skrining dan pengobatan di fasilitas kesehatan terus dilakukan. Sejauh ini, laporan Kemenkes menyatakan bahwa sebanyak 81% kasus TBC di Indonesia berhasil ditemukan pada 2024 dengan 90% di antaranya telah mendapatkan pengobatan. Namun demikian, Resistensi obat menjadi ancaman serius, di mana 3,2% kasus baru berkembang menjadi TB resisten (MDR-TB), meningkat hingga 16% pada pasien dengan riwayat pengobatan sebelumnya.




Gambar x. Tren *Incidence rate* TB di Indonesia Tahun 2010 – 2023

**Kedua,** HIV juga memiliki angka yang cukup tinggi dengan data Kemenkes 2024 melaporkan bahwa terdapat 503.261 orang hidup dengan HIV (ODHIV), dengan 69,5% kasus terkonsentrasi pada kelompok usia produktif (25-49 tahun). Meskipun 62% ODHIV telah menerima pengobatan ARV, fenomena *Loss to Follow Up* (LTFU) mencapai 13,4% pada 2023 mengindikasikan tantangan dalam retensi pengobatan. Upaya integratif melalui skrining TB-HIV dan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) telah dilakukan dengan target 100% dan pada periode April-Juni 2024, angka tersebut sudah mencapai 76%.

**Ketiga,** Indonesia masih menghadapi ancaman serius dari NTD dan penyakit yang ditularkan melalui vektor, seperti DBD dan malaria. Pada Maret 2024, kasus DBD mencapai 53.131 dengan 404 kematian, dengan penularan tertinggi terjadi di Pulau Jawa. Sementara itu, malaria juga memiliki angka yang cukup memprihatinkan dengan 543.965 kasus pada 2024 yang sebagian besar terkonsentrasi di wilayah timur Indonesia, terutama Papua. Selain itu, penyakit kusta masih menunjukkan prevalensi 5,2 per 100.000 penduduk pada 2023. Padahal, sesuai target SDGs 2030, penyakit-penyakit ini ditargetkan untuk dieliminasi, termasuk bebas malaria (tercatat sudah 76%

Kab/Kota pada tahun 2023) dan penurunan signifikan kasus kusta dan DBD. Upaya seperti pemberian kelambu, fogging, atau pengenalan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) terhadap masyarakat diharapkan dapat membantu dalam mengurangi jumlah kasus penyakit ini di Indonesia.

**Keempat,** kesehatan mental menjadi isu yang semakin disorot seiring dengan perkembangan teknologi yang semakin mutakhir beserta literatur yang mengeksplorasi topik ini. Kecemasan, depresi, gangguan makan, dan perilaku berisiko penggunaan zat serta aktivitas seksual yang berbahaya merupakan contoh permasalahan kesehatan mental yang pada umumnya dialami di masyarakat. Namun begitu, kelompok umur yang perlu mendapat perhatian khusus ialah kelompok remaja atau dewasa muda. Laporan SKI 2023 menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada kelompok umur 15-24 tahun sebesar 2% dibandingkan 1,5% pada populasi umum atau prevalensi pikiran untuk bunuh diri sebesar 0,49% pada kelompok remaja di saat rerata Indonesia sebesar 0,25%. Sayangnya, akses informasi, biaya, waktu, dan stigma yang masih ada di masyarakat berdampak pada penggunaan layanan kesehatan yang tersedia.

**Kelima,** menurut data WHO (2021), PTM lain – khususnya kanker, jantung, stroke, dan gangguan ginjal (KJSU) – menyumbang 52,5% total kematian dengan proyeksi peningkatan hingga 2040. Dari seluruh kelompok umur yang ada, kelompok usia dewasa hingga lanjut menjadi populasi yang paling terdampak. Hal ini berpotensi menurunkan produktivitas nasional karena sebagian besar orang dalam kelompok tersebut masuk dalam kategori usia produktif. Ditambah dengan sifat kronis pada PTM menyebabkan waktu dan biaya yang cukup besar untuk menanganinya. Sebagai contoh, BPJS mencatat pembiayaan jantung diestimasi dapat mencapai Rp 12,14 triliun dan kanker Rp4,5 triliun pada tahun 2022. Oleh karena itu, promosi gaya hidup sehat, deteksi dini, diagnosis, pengobatan, dan pengelolaan yang adekuat menjadi fokus penanganan untuk mengurangi prevalensi, morbiditas, dan mortalitas penyakit.

**Selain penyakit, Indonesia juga masih menghadapi tantangan beban ganda malnutrisi pada balita.** Istilah ini mengacu pada tingginya prevalensi kekurangan gizi seiring dengan peningkatan masalah obesitas. Laporan dari Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Kemenkes menunjukkan bahwa prevalensi stunting dan *wasting* masih berada di angka 21,6% dan 8,5% di tahun 2022. Di waktu yang bersamaan, tingkat obesitas pada balita meningkat dari 1,8% pada tahun 2017 menjadi 3,5% di tahun 2022. Di sisi lain, hanya 43,3% anak usia 0–59 bulan yang pemantauan pertumbuhannya dilakukan sesuai standar (SKI, 2023). Dalam mengatasi masalah malnutrisi ini, Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai intervensi spesifik dan sensitif. Upaya lainnya yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan adalah pemberian makanan tambahan (PMT) lokal untuk balita, namun PMT lokal terbukti dapat menurunkan proporsi wasting sampai dengan 50% pada minggu keempat. Namun demikian, implementasinya di lapangan masih menghadapi tantangan, terutama dalam hal ketepatan sasaran penerima manfaat. Oleh karena itu, diperlukan penguatan mekanisme verifikasi sasaran, pelibatan lintas sektor, dan pemantauan terpadu agar intervensi gizi yang dilakukan benar-benar efektif dalam menurunkan beban gizi ganda di Indonesia.

**Imunisasi menjadi salah satu intervensi yang dapat memberikan dampak positif dalam jangka panjang dalam menanggulangi penyakit menular, namun cakupan imunisasi di Indonesia masih rendah.** Kondisi Imunisasi dasar lengkap untuk anak usia 12-24 bulan dan imunisasi lanjutan pada anak umur 24-35 bulan di Indonesia hanya memiliki rerata cakupan sebesar 35,8%  dan 42,5% dengan rerata paling tinggi di Bali (sebesar 73,5% dan 78,5%) dan terendah di Aceh (hanya 3,9% dan 9,0%). Alasan rendahnya imunisasi ini cukup beragam, namun dua alasan utamanya yaitu kekhawatiran terhadap efek samping (45%) dan tidak diberikan izin oleh keluarga (47%) (SKI 2023). Tingkat Imunisasi yang rendah ini dapat menimbulkan munculnya kembali penyakit yang sebelumnya sudah tereradikasi seperti polio yang pernah tereradikasi pada tahun 2014, namun muncul kembali pada tahun 2022. Hal ini terefleksikan pada tingkat imunisasi polio yang terbilang rendah yaitu 42,4% saja seluruh Indonesia. Padahal, cakupan imunisasi yang memadai di suatu masyarakat dapat membentuk kondisi yang disebut *herd immunity*, dimana proporsi populasi yang sudah memperoleh imunisasi dapat menurunkan risiko penularan pada populasi yang tidak terimunisasi secara signifikan. Walaupun demikian, imunisasi memiliki keterbatasan dalam menangani penyakit yang belum dikembangkan vaksinnya. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan lain yang dapat menangani masalah kesehatan secara menyeluruh.

**Integrasi pendekatan siklus hidup yang diupayakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan merupakan strategi yang berpotensi untuk menjadi solusi dalam menghadapi masalah kesehatan di Indonesia.** Pendekatan ini berfokus pada optimasi kesehatan pada setiap tahap kehidupan dan menyadari bahwa dampak yang timbul pada masa mendatang dipengaruhi oleh input yang diperoleh pada tahap kehidupan sebelumnya. Oleh karena itu, pendekatan ini dilakukan secara holistik dan berfokus pada upaya preventif dan promotif. Sebagai gambaran, pemenuhan kebutuhan zat besi pada ibu hamil yang kekurangan melalui suplementasi dapat mengurangi risiko masalah perkembangan motorik dan kognitif pada anak nantinya. Contoh lain seperti vaksinasi HPV pada kanak-kanak dapat mencegah kanker serviks pada perempuan dewasa. Pendekatan ini tentunya disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan pada setiap kelompok usia.

**Sayangnya, literasi kesehatan di Indonesia masih terbilang rendah.** Hal ini menyebabkan kesulitan masyarakat dalam mengambil keputusan secara cepat dan berbasis bukti yang mempengaruhi kesehatan mereka. Diperkirakan sekitar 30% masyarakat di Indonesia tidak memiliki akses yang memadai terkait informasi kesehatan yang penting. Sebagai gambaran, SKI 2023 melaporkan bahwa 40% masyarakat tidak memahami secara benar tentang pertumbuhan anak seperti stunting. Pemanfaatan media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) melalui bahan ajar dalam bentuk digital ataupun fisik yang digunakan pada lingkungan sekolah maupun keluarga adalah salah satu upaya meningkatkan literasi kesehatan yang ada di Indonesia. Selain itu Identifikasi faktor risiko sejak dini melalui cek kesehatan, membangun kebiasaan hidup sehat seperti yang tertuang dalam STBM dan GERMAS (Gerakan Masyarakat) juga dapat berkontribusi dalam peningkatan literasi kesehatan masyarakat. Hal ini secara tidak langsung dapat mempengaruhi AHH, mengurangi beban biaya penyakit, dan meningkatkan kualitas hidup secara umum.

**Kader kesehatan menjadi aset yang berharga dalam meningkatkan literasi kesehatan dan membentuk perilaku hidup sehat di masyarakat.** Kader adalah agen pemberdayaan masyarakat melalui Posyandu dan unit pelayanan kesehatan di tingkat desa/kelurahan, misalnya Puskesmas pembantu (Pustu) sesuai dengan Undang-undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan. Namun demikian, peningkatan kualitas kader kesehatan masih diperlukan. Menurut laporan Kementerian Kesehatan tahun 2024, baru ada 204.788 kader yang bersertifikasi purwa (tingkatan keterampilan terendah). Sementara itu, pemerintah memiliki target untuk mencapai 1,5 juta kader kesehatan yang dapat memberikan layanan untuk semua siklus hidup (sertifikasi kader utama). Oleh karena itu, diperlukan penguatan tata kelola kader kesehatan, melalui regulasi yang jelas di tingkat nasional maupun daerah, prosedur rekrutmen dan pengangkatan yang terstandar, ketersediaan pendanaan dan sumber daya untuk peningkatan kapasitas dan insentif, serta pengawasan dan pembinaan yang lebih baik.

**Selain itu, upaya penguatan pelayanan kesehatan primer tidak akan terlepas dari koordinasi multi sektor dan peran kebijakan.** Pemenuhan Standar Pelayanan Minimum (SPM) bidang kesehatan yang berdampak langsung pada masyarakat setempat harus menjadi prioritas bagi pemerintahan daerah dengan menyesuaikan indikator dalam bentuk Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) dengan peraturan ataupun kebijakan seperti petunjuk teknis yang telah dibuat pemerintahan pusat. Contoh, daerah TB dapat mengajukan anggaran dana tambahan kepada pemerintah pusat dalam upaya peningkatan kapasitas surveilans sesuai dengan Perpres nomor 67 tahun 2021 tentang penanggulangan TB. Pemerintah pusat tentunya juga memiliki fungsi pengawasan melalui sistem informasi kesehatan dari data yang dilaporkan oleh pemerintah daerah. Apabila terjadi ketidaksesuaian, pemerintah pusat dapat melakukan rapat koordinasi untuk menentukan keputusan yang harus diambil. Koordinasi yang terjadi tidak terbatas antara pemerintah daerah dan pusat di bidang kesehatan. Pelibatan masyarakat (kader), swasta maupun bidang lain seperti Kemendagri dan Kemendes juga dapat dilakukan demi pemenuhan SPM di daerah. Hal yang penting untuk dijaga adalah akuntabilitas masing-masing pihak dalam menjalankan tugasnya.

1.2.2. Transformasi Layanan Rujukan

**Sulitnya akses terhadap layanan RS rujukan menjadi sebuah kendala dalam menghadapi penyakit katastropik, terutama di wilayah terpencil.** Penyakit katastropik pada dasarnya adalah penyakit yang memiliki potensi mengancam nyawa dan memerlukan waktu perawatan yang lama sehingga biaya yang diperlukan menjadi besar. Contoh penyakit katastropik diantaranya penyakit jantung, kanker, diabetes, stroke, dan gangguan saraf lainnya. Umumnya, penyakit tersebut merupakan penyumbang kematian tertinggi pada kelompok usia dewasa dan produktif. Sayangnya, hanya terdapat 10 dari 34 provinsi yang memiliki kemampuan dalam menangani 10 kelompok penyakit prioritas (Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi, KIA, TB dan Respiratori, DM, Gastrohepatologi, Penyakit Infeksi Emerging, dan Jiwa) berdasarkan pemenuhan sarana, prasarana dan akses. Sulitnya akses terhadap layanan penyakit katastropik ini dikarenakan keterbatasan fasilitas dan pelayanan yang memadai untuk melakukan tindakan, biaya yang tinggi, dan kemudahan dalam menjangkau lokasi pelayanan rujukan ini. Data SKI 2023 melaporkan bahwa hanya 37,2% rumah tangga yang merasa mudah mengakses rumah sakit dengan ketimpangan antara kota (53,8%)

dan desa (2,5%). Kondisi ini memerlukan intervensi mendesak, seperti penguatan jaringan rujukan, pembangunan infrastruktur, dan subsidi biaya – terutama untuk pasien daerah terpencil.

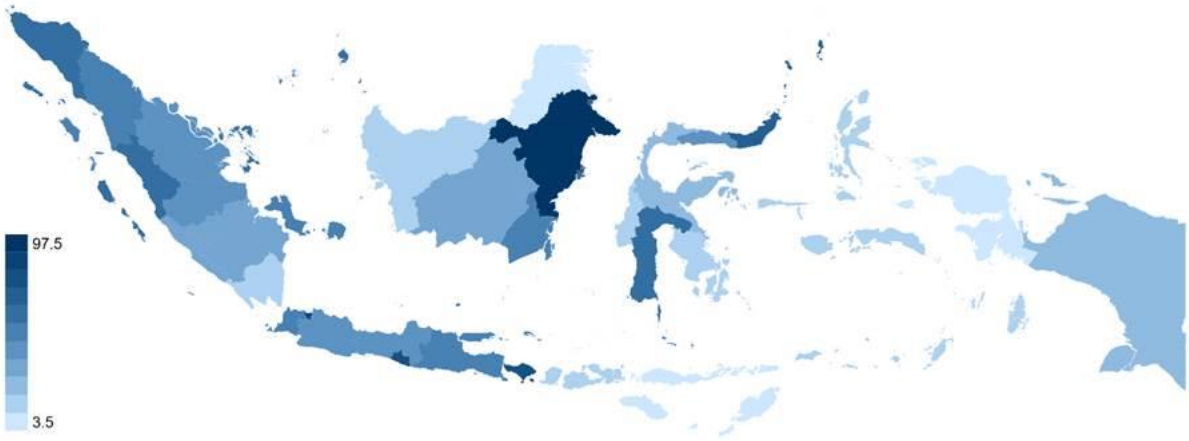
**Perluasan layanan dari RS yang sudah mampu melayani penyakit katastropik melalui pengampuan berpotensi untuk mendorong perbaikan akses terhadap layanan rujukan.** Proses pengampuan merupakan proses dimana RS dengan kompetensi yang lebih tinggi (RS pengampu nasional) memberikan dukungan terhadap fasilitas lain dalam upaya peningkatan mutu pelayanan melalui kegiatan seperti pendampingan pelayanan, pelatihan, telekonsultasi, dan *workshop.* Ketentuan mengenai proses pengampuan telah diatur pada KMK No.HK.01.07/MENKES/174/2024. Harapannya, seluruh RS yang diampu dapat memperoleh setidaknya akreditasi Madya dalam upaya peningkatan akses layanan rujukan pada tiap kota/kabupaten. Oleh karena itu, komitmen antara jejaring RS pengampuan, pemerintah pusat, daerah, dan dinas kesehatan terkait diperlukan untuk mendukung pelaksanaan program tersebut.

**Penambahan jumlah FKTP dan FKRTL tanpa adanya peningkatan kualitas rujukan dapat menimbulkan kerugian bagi pasien.** Peningkatan kualitas rujukan bertujuan agar pasien memperoleh tindakan yang sesuai dan tepat waktu. Pemanfaatan sistem rujukan elektronik yang terhubung antara FKTP dan FKRTL dapat membantu pengambilan keputusan dalam pemberian rujukan guna menghindari kejadian seperti penolakan pasien akibat ketiadaan kapasitas dalam penerimaan pasien baru oleh layanan rujukan. Pemanfaatan rekam medis yang lengkap juga dapat mempercepat proses rujukan karena informasi yang diperlukan oleh layanan rujukan sudah dapat langsung diakses (Greenwood-Lee, et al. 2018).

**Walaupun di Indonesia sudah terjadi peningkatan dalam angka rujukan kasus, hal ini belum diimbangi dengan pelaksanaan program rujuk balik penyakit kronis yang sudah stabil ke FKTP.** Kondisi penumpukan yang terjadi dalam layanan rujukan dapat menghambat masuknya pasien rujukan baru untuk mendapatkan pelayanan yang diperlukan akibat *backlog* yang terjadi. Tidak hanya itu, berdasarkan data dari Ombudsman RI, terdapat hingga 400 pengaduan mengenai diskriminasi yang dialami pasien, terutama yang menggunakan BPJS dalam mengakses layanan kesehatan di tahun 2022. Diskriminasi yang dialami pasien dapat berupa layanan yang lebih lambat, keterbatasan waktu dalam mendapatkan informasi saat menerima pelayanan, atau bahkan penolakan layanan akibat pembatasan “kuota” BPJS. Hal ini tidak membedakan antara Fasyankes milik negara maupun swasta. Oleh karena itu, peningkatan kualitas pelayanan harus terus diupayakan melalui berbagai cara seperti pelatihan SDM, regulasi mengenai standar pelayanan, maupun bentuk pengawasan dari negara melalui penerimaan pelaporan dari pihak Fasyankes maupun masyarakat langsung.

**Melihat kondisi yang terjadi, peran SDM kesehatan yang berkualitas di tingkat layanan rujukan menjadi komponen penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan.** Pada tingkat rujukan, hanya terdapat 51.201 dokter spesialis di rumah sakit dengan proporsi dokter spesialis dasar paling besar (39%). Keterbatasan ini menjadi sebuah tantangan dalam menyediakan pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat. Dalam upaya meningkatkan kualitas SDM kesehatan untuk layanan rujukan,

Permenkes No.5 Tahun 2022 mengamanatkan RS untuk menjalin kerjasama terkait pelayanan kesehatan, termasuk dengan luar negeri yang disebut *sister hospital*. Kerjasama yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kapasitas SDM melalui pendidikan dan pelatihan serta peningkatan kualitas pelayanan unggulan dan penelitian melalui investasi. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan daya saing RS di Indonesia pada tingkat global.




Gambar x. Rasio Persebaran Dokter Spesialis

1.2.3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan

**Transformasi sistem ketahanan kesehatan memegang peranan krusial dalam menjaga sistem kesehatan yang kuat di tengah ancaman global.** Hal ini khususnya mencakup kelancaran produksi hingga distribusi farmasi dan alat kesehatan, dengan penekanan pada kemampuan produksi dalam negeri demi kemandirian. Cakupan transformasi ini meluas hingga penguatan sektor farmasi dan alat kesehatan melalui produksi lokal untuk 14 jenis vaksin rutin, 10 jenis obat, serta 10 jenis alat kesehatan terpenting berdasarkan volume dan nilai, sekaligus memperkuat kesiapsiagaan tanggap darurat, misalnya melalui jejaring surveilans nasional berbasis kecerdasan buatan, penyiapan tenaga cadangan, dan simulasi latihan kesiapsiagaan krisis melalui *table top exercise*.

**Ketergantungan terhadap barang impor untuk alat kesehatan di Indonesia menghambat upaya penguatan sistem ketahanan kesehatan.** Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik Kementerian Kesehatan RI menyampaikan bahwa lebih dari 90% pasar alat kesehatan di Indonesia masih didominasi oleh produk impor. Hingga saat ini pula, Indonesia masih mengimpor lebih dari 80% alat kesehatan bernilai belasan triliun rupiah setiap tahun, termasuk produk-produk strategis seperti ventilator, alat diagnostik PCR, dan berbagai jenis reagen laboratorium. Dalam hal vaksin, sebagian besar kebutuhan nasional—seperti vaksin HPV dan vaksin kombinasi DTP-HB-Hib—juga masih mengandalkan pasokan luar negeri karena keterbatasan kapasitas produksi dalam negeri. Bagi pemerintah, keinginan untuk segera menggunakan produk dalam negeri dalam skala nasional tidak bisa lepas dari realitas bahwa proses produksi dan pengajuan legalitas membutuhkan waktu yang tidak singkat. Untuk alat kesehatan saja,

dibutuhkan waktu 6–18 bulan dari riset hingga masuk ke sistem e-Katalog pengadaan pemerintah. Sementara vaksin, yang melalui uji klinis bertahap dan evaluasi BPOM, memerlukan waktu 4–7 tahun hingga bisa digunakan secara luas.

**Tantangan lainnya adalah kebutuhan investasi besar di sisi produsen, yang sering kali belum sebanding dengan kepastian permintaan atau insentif yang tersedia.** Ini menciptakan siklus berulang antara kebutuhan negara terhadap produk dalam negeri dan kesiapan industri yang masih bertahap. Pemerintah tidak hanya dituntut untuk menyediakan regulasi yang memihak, tetapi juga menciptakan ekosistem pendukung yang lebih kuat—meliputi dukungan riset, insentif produksi, akses pembiayaan, serta penyederhanaan birokrasi tanpa mengorbankan mutu. Tanpa langkah transisi yang terencana dan berkelanjutan, target kemandirian produk kesehatan dalam negeri berisiko sulit tercapai dalam waktu dekat.

**Terdapat peluang besar bagi industri farmasi dan alat kesehatan lokal untuk berkontribusi dalam memperkuat kemandirian nasional dan mengurangi ketergantungan pada impor.** Dalam upaya mendukung pertumbuhan industri kesehatan nasional, pada tahun 2022, Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran sekitar Rp 38 triliun untuk belanja alat kesehatan dan obat-obatan. Dari jumlah tersebut, sekitar Rp 17 triliun atau hampir setengahnya dialokasikan khusus untuk pembelian produk dalam negeri, termasuk obat, vaksin, dan alat kesehatan. Upaya ini terus berlanjut pada tahun 2023, dimana belanja alat kesehatan dalam negeri telah mencapai Rp 9,8 triliun hingga 23 Juli 2023, menandakan bahwa kemandirian produksi mulai menunjukkan perkembangan nyata. Seiring dengan hal tersebut, mulai bermunculan perusahaan-perusahaan lokal yang mampu memproduksi alat kesehatan seperti USG 2D, antropometri set, dan autoclave (unit sterilisasi). Menteri Kesehatan berharap kehadiran perusahaan-perusahaan tersebut disertai dengan peningkatan kapasitas produksi serta pengembangan alat kesehatan yang tidak hanya berfokus pada pelayanan kuratif, tetapi juga promotif dan preventif. Contohnya adalah alat untuk tes diabetes, hipertensi, tekanan darah, hingga alat yang memungkinkan pemeriksaan mobile. Diharapkan hasil pemeriksaan tersebut dapat terintegrasi secara digital, sehingga tidak selalu bergantung pada laboratorium.

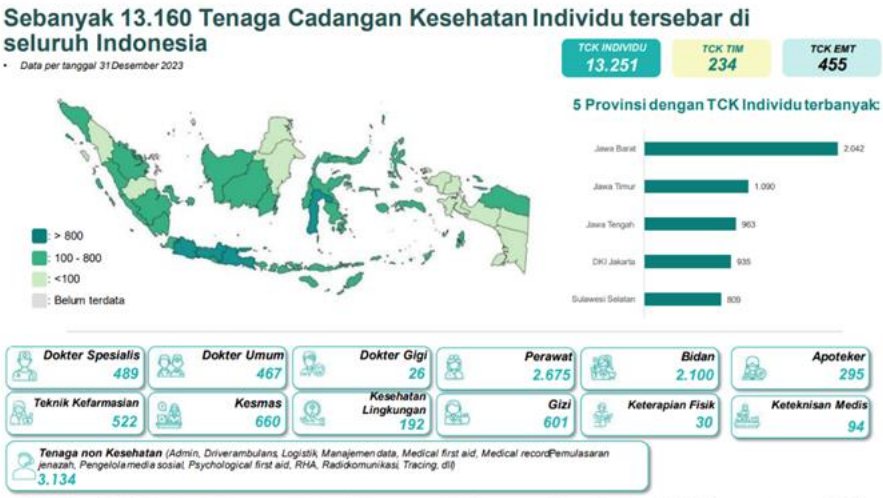
Gambar X. Jumlah Sasaran dan Capaian Vaksin COVID-19 Dosis 1, 2, 3 dan 4 di Indonesia

**Belajar dari pandemi COVID-19 yang lalu, cakupan vaksinasi yang luas menjadi salah satu faktor dalam pengendalian suatu penyakit.** Grafik X menunjukkan bahwa, berdasarkan data Kementerian Kesehatan, capaian vaksinasi COVID-19 dosis pertama

telah mencapai 203.878.917 orang, atau sekitar 86,9% dari target sasaran vaksinasi. Artinya, masih terdapat sekitar 30.787.103 orang yang belum tercatat menerima vaksinasi COVID-19 sama sekali. Hal ini serupa dengan apa yang sudah dibahas pada pilar pertama mengenai besarnya proporsi masyarakat yang belum menerima imunisasi dasar lengkap. Kurangnya cakupan imunisasi dapat menunjukkan adanya kebutuhan yang belum terpenuhi, sekaligus menjadi peluang nyata bagi industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri untuk memperluas produksi dan distribusi vaksin serta alat penunjang imunisasi ke seluruh pelosok negeri.

**Pelajaran lain yang dapat dipetik dari pandemi COVID-19 telah menunjukkan pentingnya sistem surveilans yang kuat dan ketersediaan tenaga kesehatan cadangan.** Transformasi ini memberikan kesempatan untuk membangun jejaring surveilans yang lebih efektif dan mempersiapkan tenaga kesehatan cadangan yang siap diterjunkan dalam situasi darurat. Pada Buku Transformasi Kesehatan (Kemenkes, 2023) tercantum bahwa pemerintah mencanangkan penggunaan teknologi kecerdasan buatan (AI) dalam sistem surveilans kesehatan. Pada awal tahun 2025, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI telah menandatangani Nota Kesepahaman (MoU) dengan perusahaan teknologi swasta untuk mempercepat deteksi dini Tuberkulosis (TB) menggunakan kecerdasan buatan (AI) dalam pencitraan sinar-X dada. Dalam kerja sama ini, beberapa langkah strategis akan diterapkan: pertama, AI akan digunakan untuk mendeteksi TBC dan penyakit lainnya melalui analisis pencitraan sinar-X dada di fasilitas kesehatan yang telah ditunjuk oleh Kemenkes. Kedua, sistem manajemen dan pelaporan pasien terpusat akan dikembangkan untuk memperkuat surveilans penyakit secara nasional dan mendukung layanan teleradiologi, sehingga tenaga medis di berbagai daerah dapat mengakses hasil skrining secara *real-time*. Ketiga, kerjasama ini juga mencakup pengembangan kapasitas melalui pelatihan dan dukungan teknis bagi tenaga kesehatan dan profesional teknologi informasi. Langkah ini dianggap merupakan bagian dari transformasi digital sektor kesehatan guna meningkatkan efisiensi dan mempercepat diagnosis, dan sekaligus menggambarkan peluang lebih luas untuk diimplementasikannya AI untuk kebutuhan medis pada penyakit menular dan penyakit-penyakit lainnya, terlebih untuk isu kesehatan yang disoroti sebagai program prioritas bagi pemerintah Indonesia.

**Sebagai garda terdepan dalam penanggulangan krisis kesehatan, Indonesia tidak hanya mengandalkan sistem yang sudah ada—tetapi juga membangun cadangan kekuatan yang siap dikerahkan kapan saja.** Pada akhir tahun 2022, Pusat Krisis Kesehatan mengambil langkah strategis dengan membentuk Tim Tenaga Cadangan Kesehatan. Ini bukan sekadar tim darurat, melainkan kumpulan sumber daya manusia—baik individu maupun tim—dengan latar belakang kesehatan dan non-kesehatan, yang telah dipersiapkan sejak masa pra-krisis untuk dimobilisasi ketika terjadi bencana, baik yang bersifat alam, non-alam, maupun sosial.



Gambar 3.1 Update data registrasi Tenaga Cadangan Kesehatan (TCK) per tanggal 31 Desember 2023 (https://tenagacadangankesehatan.kemkes.go.id/web/site)

Gambar X.1. Update Data Registrasi Tenaga Cadangan Kesehatan per tanggal 31 Desember 2023

**Lembaga pendidikan tinggi, khususnya yang memiliki program studi di bidang kesehatan, dapat menjadi mitra strategis dalam menyiapkan calon tenaga cadangan.** Pelibatan ini bisa dalam bentuk kurikulum kesiapsiagaan bencana, praktik lapangan terpadu, hingga program magang tematik bersama instansi pemerintah. Kehadiran tim tenaga cadangan kesehatan tak hanya mengisi kekosongan layanan medis di masa krisis, tetapi juga menjadi simbol kesiapsiagaan dan solidaritas lintas profesi. Namun demikian, tantangan masih ada. Di beberapa wilayah, kebutuhan tenaga kesehatan masih belum sepenuhnya terpenuhi. Di sisi lain, Indonesia melahirkan ribuan lulusan di bidang kesehatan setiap tahunnya—sebuah potensi besar yang jika dimanfaatkan dengan tepat, bisa memperkuat ketahanan sistem kesehatan nasional. Ini menjadi ruang kolaborasi penting, tidak hanya bagi pemerintah, tetapi juga bagi sektor swasta dan lembaga pendidikan. Penguatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan adalah investasi jangka panjang yang akan menentukan seberapa siap Indonesia menghadapi krisis kesehatan di masa depan—baik itu bencana alam, darurat sosial, maupun ancaman global seperti pandemi. Membangun sistem yang tangguh berarti menyiapkan manusia yang siap—bukan hanya secara teknis, tetapi juga secara mental, sosial, dan struktural. Tenaga Cadangan Kesehatan adalah bentuk nyata dari upaya tersebut.

**Sebagai negara yang secara geografis berada di jalur cincin api, Indonesia sangat rentan terhadap berbagai jenis bencana, mulai dari gempa bumi, banjir, hingga erupsi gunung api.** Kondisi ini menuntut sistem kesehatan nasional untuk memiliki kapasitas tanggap darurat yang tidak hanya kuat saat bencana terjadi, tetapi juga kokoh di fase pra-bencana—khususnya dalam aspek pengurangan risiko dan peningkatan kesiapsiagaan. Salah satu metode yang terbukti efektif untuk membangun kesiapan adalah *Table Top Exercise* (TTX)—sebuah simulasi berbasis skenario yang dirancang untuk menguji kemampuan koordinasi lintas sektor tanpa mengganggu aktivitas masyarakat. Melalui TTX, para pemangku kepentingan dapat mengevaluasi peran, komunikasi, dan pengambilan keputusan dalam situasi krisis kesehatan yang bersifat

hipotetik namun realistis. Contoh pelaksanaan TTX di Kabupaten Deli Serdang tahun 2019, yang melibatkan unsur dinas kesehatan, BPBD, rumah sakit, TNI, Polri, dan relawan kemanusiaan, menunjukkan bagaimana simulasi ini bisa menjadi ruang belajar kolektif dalam membangun respons yang cepat dan terorganisir. Dengan hanya 20 peserta, kegiatan ini tetap mampu menciptakan diskusi yang tajam, evaluasi rencana kontinjensi, dan komitmen lintas sektor.

**Perubahan iklim telah membawa tantangan serius terhadap sistem ketahanan kesehatan Indonesia.** Kenaikan suhu global, perubahan pola curah hujan, serta peningkatan frekuensi bencana alam seperti banjir dan kekeringan berpotensi memperburuk kondisi kesehatan masyarakat. Dampaknya terlihat pada meningkatnya kasus penyakit berbasis lingkungan, seperti demam berdarah, malaria, diare, dan zoonosis. Selain itu, kondisi ini turut merusak infrastruktur layanan kesehatan, mengganggu kelancaran distribusi logistik, dan meningkatkan beban fasilitas kesehatan, terutama di daerah-daerah yang rawan bencana. Kelompok rentan, seperti anak-anak, ibu hamil, serta masyarakat yang tinggal di wilayah dengan akses layanan kesehatan terbatas, menjadi yang paling terdampak oleh krisis ini. Secara global, dunia telah melampaui ambang batas kenaikan suhu rata-rata 1,5°C yang disepakati dalam kesepakatan internasional. Hal ini memicu kekhawatiran lebih lanjut terkait dampaknya terhadap penyebaran penyakit di wilayah tropis, serta berisiko memperlambat pencapaian target eliminasi malaria di berbagai negara, termasuk Indonesia.

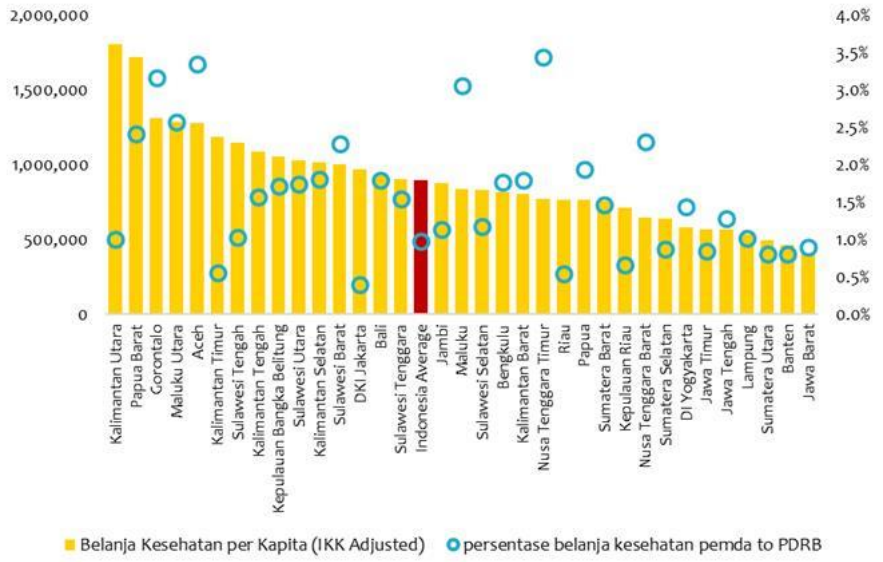
**Integrasi perubahan iklim dalam perencanaan dan sistem kesehatan nasional merupakan hal yang penting.** Hal ini termasuk mendorong pemanfaatan data kesehatan yang mempertimbangkan faktor iklim, serta peningkatan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan untuk menghadapi bencana terkait iklim. Selain itu, kolaborasi lintas sektor juga dianggap krusial, terutama dalam hal pengendalian vektor penyakit dan pengelolaan sumber daya air bersih. Sebagai bagian dari komitmen Indonesia di forum internasional, seperti *Conference of the Parties* (COP), langkah-langkah konkrit di tingkat nasional dan daerah sangat diperlukan untuk mewujudkan komitmen tersebut. Meskipun dokumen *Transformasi Kesehatan: Mewujudkan Masyarakat Indonesia Sehat dan Unggul* belum mengangkat isu perubahan iklim secara eksplisit, pendekatan lintas sektor yang tercantum dalam RPJMN 2025–2029 dapat menjadi dasar yang kuat untuk membangun sistem kesehatan yang adaptif terhadap perubahan iklim yang semakin nyata dan semakin kompleks.

**Dengan 514 kabupaten/kota di Indonesia, terdapat peluang besar untuk mengembangkan kapasitas lokal melalui TTX secara bertahap dan terstruktur.** Pelaksanaan TTX secara berkala dapat menjadi bagian dari program rutin daerah yang terintegrasi dalam Rencana Kontinjensi Bencana maupun Rencana Aksi Daerah bidang kesehatan. Integrasi klaster kesehatan dalam sistem komando daerah TTX mendorong pemahaman lintas sektor bahwa klaster kesehatan tidak berdiri sendiri. Keterlibatan dalam simulasi membuka ruang bagi tenaga kesehatan memahami alur logistik, keamanan, dan komunikasi darurat yang selama ini menjadi tantangan di lapangan. Melalui TTX, tidak hanya tenaga medis yang belajar, tetapi juga unsur pemerintahan, sosial, dan keamanan. Ini membuka ruang kolaborasi antar-instansi dan membangun budaya kesiapsiagaan yang menyeluruh, bukan hanya pada saat krisis, tapi sebagai bagian dari tata kelola daerah sehari-hari.

**Poin terakhir yang perlu disorot dalam mendukung upaya transformasi ketahanan Kesehatan adalah peluang untuk menarik lebih banyak investasi, baik dari dalam negeri maupun luar negeri, guna memperkuat infrastruktur dan layanan kesehatan.** Terdapat beberapa negara maju maupun lembaga dunia yang memiliki misi dalam membantu pembangunan kesehatan di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Di mata dunia, Indonesia masih menjadi salah satu negara yang dapat dijadikan mitra hubungan baik khususnya dalam kerja sama terkait misi penyehatan dunia, sehingga ini menjadi peluang besar yang perlu disoroti oleh pemerintah dan duta diplomasi bilateral dan multilateral. Indonesia dapat menjalin kerja sama dengan berbagai mitra strategis di sektor kesehatan, yang masing-masing memiliki peran berbeda namun saling melengkapi. Mitra-mitra pembangunan internasional, seperti WHO (World Health Organization), SEARO (South-East Asia Regional Office), UNICEF (United Nations Children's Fund), dan UNDP (United Nations Development Programme) berfokus pada dukungan teknis, kebijakan, dan program kesehatan global. Lembaga keuangan seperti World Bank (Bank Dunia) dan ADB (Asian Development Bank) menyediakan pendanaan dan bantuan teknis untuk penguatan sistem dan infrastruktur kesehatan. Sementara itu, aliansi global dan filantropi seperti GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization), BMGF (Bill & Melinda Gates Foundation), dan CHAI (Clinton Health Access Initiative) berperan dalam pendanaan, inovasi, serta peningkatan akses terhadap vaksin dan layanan kesehatan. Kerja sama bilateral juga dapat diperkuat melalui lembaga seperti Aus DFAT (Australian Department of Foreign Affairs and Trade) yang aktif mendukung program kesehatan masyarakat dan kolaborasi lintas negara.

### 1.2.4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan

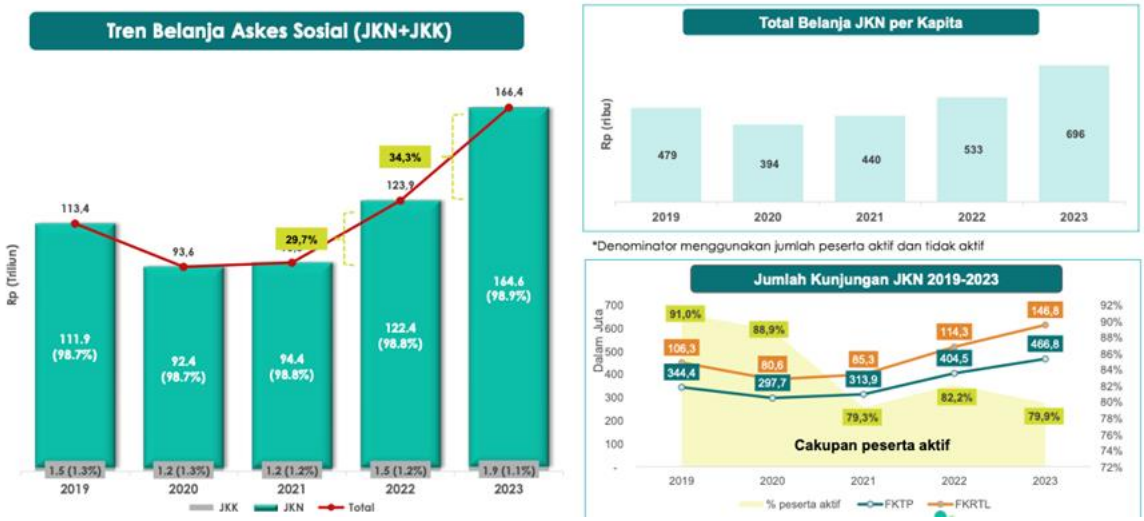
**Indonesia sudah mengalami kemajuan dalam pembelanjaan kesehatan, namun masih terdapat tantangan berupa kesenjangan pada indikator kesehatan yang tidak mencapai target serta belum selarasnya komitmen antar daerah dalam penganggaran belanja kesehatan.** Saat ini, belanja kesehatan di Indonesia diestimasi sebesar $158,9 USD/kapita, dengan angka harapan hidup rata-rata 73,4 tahun. Peningkatan belanja kesehatan di Indonesia terus terjadi, tapi struktur belanja di daerah, sama seperti di tingkat nasional, masih didominasi oleh fungsi kuratif (57,9%) dibandingkan promotif-preventif. Peningkatan pembelanjaan kesehatan diharapkan dapat selaras dengan indikator kesehatan, tapi diperlukan juga komitmen dari pemerintah daerah untuk mendukung pencapaian tersebut. Contohnya, penanggulangan TB yang masuk dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) di tahun 2018 hanya 10% dari total seluruh kabupaten/kota. Selain itu, alokasi belanja kesehatan terhadap PDRB, tata kelola, dan efisiensi pemanfaatan anggaran dapat membantu dalam tercapainya target daerah maupun nasional.




Gambar XX Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah per Kapita (Disesuaikan) dan Persentase terhadap PDRB Tahun 2022

**Walaupun program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mampu mengurangi pengeluaran *out-of-pocket* (OOP), masih ada kesenjangan antara data kepesertaan dengan akses nyata layanan kesehatan.** Pengeluaran OOP terhadap belanja kesehatan di Indonesia telah mengalami penurunan yang signifikan dari 46,9% di tahun 2014 menjadi 28,6% pada tahun 2023. Walaupun penurunan telah terjadi, pengeluaran OOP Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara G20. Pengeluaran OOP yang tinggi mengindikasikan perlindungan finansial yang belum optimal dari asuransi kesehatan sosial (JKN) dalam menjamin akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas. Salah satu faktor yang mempengaruhi kondisi ini adalah tingkat kepesertaan masyarakat dalam JKN itu sendiri.

**Hingga September 2024, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mencapai 98,11% kepesertaan (277,1 juta penduduk), dengan sebagian besar provinsi menunjukkan tingkat partisipasi di atas 83,4%.** Namun demikian, hanya 77,87% peserta yang aktif, dimana hal ini menunjukkan adanya kesenjangan yang perlu ditangani. Faktor penyebabnya meliputi rendahnya literasi kesehatan masyarakat, kendala administratif dalam pendaftaran, serta persepsi negatif terhadap layanan JKN. Diperlukan perbaikan kualitas layanan untuk meningkatkan partisipasi dan aktivasi kepesertaan melalui pelatihan tenaga kesehatan dan peningkatan fasilitas, penyediaan akses pendaftaran yang lebih fleksibel (baik daring maupun luring), serta edukasi intensif melalui kader kesehatan dan kampanye publik. Selain itu, pengelolaan keuangan yang lebih ketat sangat penting untuk menjaga keseimbangan antara pendapatan iuran dan klaim, mengingat pada 2023 rasio klaim JKN pernah mencapai 104,9%—melebihi batas ideal. Dengan langkah-langkah ini, diharapkan JKN tidak hanya menjangkau lebih banyak masyarakat, tetapi juga berkelanjutan secara finansial dan memberikan pelayanan yang optimal bagi seluruh peserta.




Gambar x. Peningkatan belanja asuransi kesehatan sosial seiring dengan pemanfaatan layanan JKN, National Health Account 2023

**Integrasi *Health Technology Assessment* (HTA) dalam penguatan pembiayaan kesehatan memiliki potensi dalam menghemat anggaran, optimasi pengeluaran BPJS, dan meningkatkan kualitas layanan.** Salah satu tantangan pembiayaan kesehatan adalah permintaan peningkatan layanan kesehatan yang terus meningkat dengan anggaran dana yang terbatas. Penerapan HTA dapat menjadi solusi dengan memberi rekomendasi dari hasil penilaian berbasis bukti terkait intervensi kesehatan yang paling *cost*-effective (manfaat besar, biaya kecil). Rekomendasi ini nantinya dapat berdampak pada penghematan anggaran untuk nantinya dapat dialokasikan pada keperluan kesehatan lainnya yang dapat menunjang peningkatan kualitas layanan kesehatan. Manfaat lain berupa optimasi anggaran pengeluaran BPJS melalui peninjauan ulang intervensi dan obat yang ditanggung. Dalam upaya penerapan HTA, menteri kesehatan telah membentuk Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (Komite PTK) dan telah menghasilkan 15 rekomendasi kebijakan sejak 2015. Sayangnya, keterbatasan ahli yang dapat mengisi posisi dalam komite ini tentunya dapat memperlambat proses penilaian dan pengeluaran rekomendasi sehingga diperlukan kemitraan yang dibangun dengan institusi pendidikan ataupun lembaga internasional untuk melatih lebih banyak tenaga ahli.

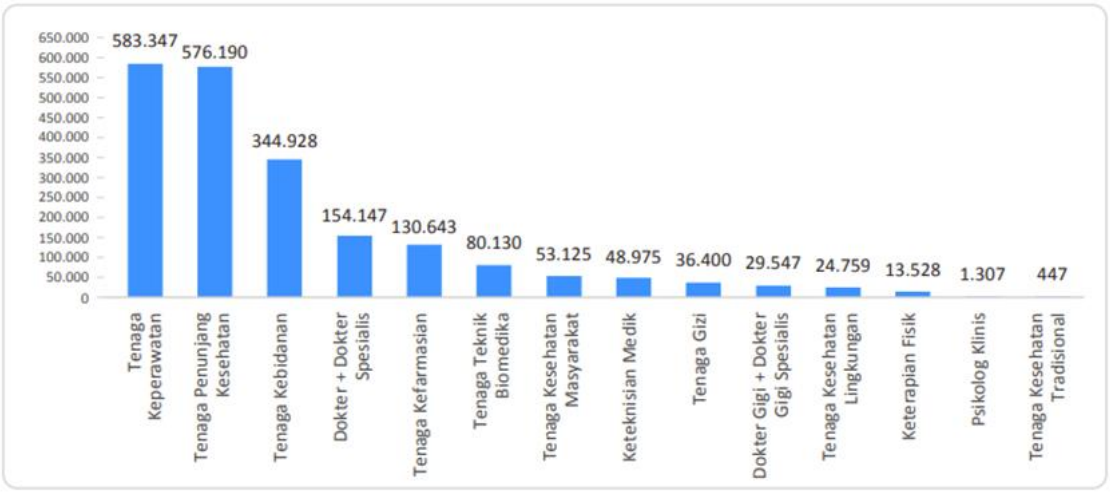
**Selain itu, penyusunan *National Health Account* (NHA) memberikan dukungan pada proses perencanaan dan penganggaran kesehatan.** Pada dasarnya, NHA merupakan pencatatan arus dana kesehatan secara komprehensif dan sistematis dalam periode satu tahun. Pencatatan ini berfungsi untuk pemetaan sumber dan penggunaan dana kesehatan agar kedepannya bisa membantu perencanaan anggaran yang lebih tepat sasaran. Sebagai contoh, data NHA tahun 2023 menunjukkan bahwa 30-40% pembiayaan program kesehatan untuk HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria berasal dari donor internasional (The Global Fund). Perlambatan ekonomi pasca pandemi COVID-19 beserta ketidakstabilan ekonomi global yang saat ini sedang terjadi dapat mempengaruhi pendanaan tersebut. Penyusunan NHA dapat mengantisipasi kondisi seperti ini sehingga alternatif pendanaan untuk program intervensi penyakit tersebut dapat tetap terpenuhi kebutuhannya. Penyusunan NHA yang transparan juga

dapat menarik investasi swasta maupun donor internasional lainnya untuk menutupi celah pendanaan. Oleh karena itu, perlu adanya koordinasi, akuntabilitas, dan transparansi dalam proses penyusunan NHA dari tingkat daerah hingga pusat.

**Inovasi skema pendanaan melalui pemanfaatan pendapatan dari cukai dapat menjadi salah satu upaya penguatan pembiayaan kesehatan di Indonesia.** Berdasarkan data WHO tahun 2024, proporsi perokok di Indonesia dengan usia di atas 15 tahun diperkirakan akan meningkat hingga 38,7%. Selain itu, proporsi perokok elektrik di Indonesia meningkat dari 0,3% pada tahun 2011 menjadi 3% di 2021 (Global Adult Tobacco Survey 2021). Kebiasaan ini meningkatkan risiko penyakit seperti kanker, jantung, dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) yang akan memakan biaya kesehatan yang besar. Peningkatan cukai rokok secara bertahap dan perluasan objek cukai pada rokok elektrik diharapkan tidak hanya mengurangi jumlah perokok di Indonesia, tapi juga meningkatkan pendapatan sehingga bisa dialokasikan pada anggaran kesehatan. Selain perluasan objek cukai pada rokok elektrik, minuman berpemanis dalam kemasan juga dapat dikenakan cukai sebagai upaya pencegahan kasus diabetes tipe 2 dan menghemat hingga Rp 24,9 triliun dari biaya pengobatan dan Rp 15,7 triliun dari biaya tidak langsung akibat hilangnya produktivitas.

1.2.5. Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

**Indonesia dihadapkan dengan situasi dimana SDM kesehatan yang diperlukan belum mencukupi kebutuhan.** WHO menetapkan rasio ideal dokter terhadap penduduk sebesar 1:1.000. Namun, Indonesia saat ini baru mencapai rasio 0,55 dokter per 1.000 penduduk (setara dengan 154.147 dokter), yang mengindikasikan defisit sekitar 126.853 dokter untuk memenuhi standar WHO (Profil Kesehatan Indonesia 2023). Jika dibandingkan dengan negara ASEAN, rasio dokter di Indonesia masuk pada peringkat 8 dari 10 negara. Bukan hanya itu, tapi persebaran SDM kesehatan di Indonesia pun tidak merata. Diperkirakan ada sekitar 11,5% puskesmas yang kekurangan dokter, 59,1% kelebihan dokter, dan sekitar 29,4% Puskesmas yang memiliki jumlah dokter yang cukup. Di sisi lain, Perawat mendominasi SDM kesehatan di Indonesia dengan jumlah 583.374 orang, diikuti dengan bidan sebanyak 344.928 orang dibandingkan tenaga kesehatan lainnya seperti dokter gigi yang hanya terdapat 29.547 orang atau tenaga kesehatan lingkungan dengan jumlah 24.759 orang. Hal ini menunjukkan urgensi untuk meningkatkan jumlah SDM kesehatan di Indonesia dalam mencapai kualitas pelayanan kesehatan yang optimal.




Gambar x. Jumlah Tenaga Kesehatan di Indonesia Tahun 2023 (Profil Kesehatan Indonesia 2023)

***Academic Health System* (AHS) menjadi sebuah upaya dalam menyelesaikan permasalahan maldistribusi tenaga kesehatan di Indonesia.** AHS ini merupakan model kebijakan yang memiliki konsep integrasi antara fakultas kedokteran atau perguruan tinggi dengan program pendidikan profesional kesehatan lainnya yang memiliki atau berafiliasi dengan RS pendidikan, sistem kesehatan, dan pemerintah daerah. Harapannya, perhitungan jumlah dan jenis lulusan SDM kesehatan dapat dilakukan melalui kerjasama dengan pemerintah daerah untuk pemenuhan kebutuhan wilayah sesuai dengan profil dan nilai SDM kesehatan yang diperlukan beserta pola distribusi yang berkelanjutan, mulai dari layanan primer hingga tersier. Sudah ada 222 RS pendidikan di tahun 2021 dan 77 fakultas kedokteran di tahun 2022 yang menandatangani komitmen dalam pelaksanaan AHS. Kedepannya, jumlah ini ditargetkan untuk terus bertambah dalam mendukung optimasi pelayanan kesehatan di tingkat primer, sekunder, maupun tersier.

**Walaupun begitu, akses pendidikan kesehatan menjadi pertimbangan yang perlu diperhatikan dalam penerapan AHS.** Sejauh ini, kewilayahan AHS masih sangat berpusat di pulau Jawa dan Sumatera karena keberadaan institusi beserta RS pendidikan yang memang belum merata di wilayah Indonesia lainnya. Dalam upaya memperluas jangkauan AHS di Indonesia, Kemenkes memberikan rekomendasi bagi empat universitas di provinsi yang belum memiliki fakultas kedokteran seperti Kalimantan Utara, Bangka Belitung, Sulawesi Barat, dan Kepulauan Riau. Penambahan jumlah provinsi dengan akses pendidikan kesehatan tidak secara otomatis akan menyelesaikan permasalahan distribusi ini. Perlu adanya upaya meningkatkan minat masyarakat untuk memilih jurusan kesehatan melalui cara seperti akreditasi atau pemberian beasiswa. Selain itu, insentif untuk mengisi posisi di wilayah yang menjadi prioritas (materil maupun peningkatan fasilitas di daerah tersebut) menjadi suatu isu yang harus dipertimbangkan agar lulusan baru dapat terserap dengan baik.

**Bantuan kepada lulusan maupun peserta didik di jurusan kesehatan memberikan akses pendidikan kesehatan yang lebih besar dalam menyelesaikan studi maupun meningkatkan kualitas diri.** Selain pemenuhan satuan kredit profesi (SKP)

sebagai bentuk peningkatan kualitas tenaga kesehatan, kolaborasi antara Kemenkes dengan berbagai beasiswa seperti LPDP memberikan kesempatan bagi dokter spesialis, subspesialis, dan *fellowship* untuk mendapatkan beasiswa yang berfokus pada penyakit dengan mortalitas tinggi seperti pelayanan jantung, kanker, stroke, dan uronefrologi, serta kesehatan ibu dan anak. Tidak hanya itu, hadir pula Beasiswa SDMK yang secara khusus membantu calon tenaga medis dari daerah prioritas melalui berbagai program, termasuk beasiswa politeknik kesehatan (Padinakes), pendidikan spesialis, hingga program dokter umum dan dokter gigi. Pemberian beasiswa ini dapat meringankan beban finansial yang mungkin dialami siswa dan juga menyalurkan lulusan ke daerah prioritas jika terdapat perjanjian yang tertuang dalam kontrak beasiswa.

**Selain jumlah tenaga kesehatan yang ditambah, memastikan kualitas lulusan SDM kesehatan juga perlu diperhatikan.** Sampai dengan 2025, Kemenkes terus mendorong untuk menambah 34 fakultas kedokteran dengan akreditasi A dan pembukaan 33 prodi dokter spesialis baru dalam upaya peningkatan jumlah dan kualitas lulusan SDM kesehatan yang dihasilkan. Politeknik yang menjadi pelaksana pendidikan tinggi vokasi juga terus didorong untuk meningkatkan kualitas melalui akreditasi. Sejauh ini, 33% politeknik mendapatkan predikat unggul, 61% predikat baik, 5% predikat terakreditasi, dan hanya 5 prodi baru atau 1% yang belum memiliki akreditasi. proses akreditasi ini diharapkan dapat menarik minat untuk melanjutkan studi serta menghasilkan lulusan yang tidak hanya mengisi kebutuhan tenaga kesehatan, namun juga meningkatkan kualitas pelayanan di tempat yang ditugaskan.

1.2.6. Transformasi Teknologi Kesehatan

**Perkembangan teknologi digital membuka peluang besar untuk meningkatkan kualitas layanan serta manajemen data kesehatan.** Untuk mewujudkan enam pilar transformasi kesehatan, Kementerian Kesehatan RI memanfaatkan berbagai kemajuan teknologi informasi guna menghadirkan layanan yang cepat, mudah, presisi, dan merata di seluruh Indonesia. Salah satu implementasinya adalah melalui kerja Tim Transformasi Digital Kementerian Kesehatan yang mengembangkan aplikasi SATUSEHAT Mobile. Aplikasi ini merupakan pengembangan dari PeduliLindungi dan kini dapat digunakan oleh masyarakat umum untuk mengakses berbagai informasi layanan kesehatan langsung dari genggaman. Salah satu fitur andalannya adalah pelacakan aktivitas fisik dan tekanan darah yang dapat terhubung dengan perangkat wearable seperti smartwatch. Data yang dikumpulkan akan dianalisis menggunakan sistem berbasis AI untuk menampilkan tren kesehatan pribadi. Fitur-fitur ini berpotensi diperluas ke berbagai perangkat sehari-hari seperti ponsel dan jam tangan pintar, guna mendukung pelacakan kesehatan pribadi sekaligus memberikan materi edukasi sebagai bagian dari upaya promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan.

**Selain itu, transformasi teknologi kesehatan membuka peluang besar untuk mengembangkan sistem data kesehatan nasional yang terintegrasi.** Melalui Platform SATUSEHAT, Kementerian Kesehatan RI menggabungkan berbagai sumber data dari rumah sakit, puskesmas, laboratorium, hingga apotek ke dalam satu platform nasional. Inisiatif ini sejalan dengan arahan dalam Buku Transformasi Kesehatan dan menjadi prioritas dalam RPJMN 2025–2029. SATUSEHAT juga merampingkan sistem pelaporan dari 400 menjadi hanya 8 aplikasi, sehingga meningkatkan efisiensi kerja

tenaga kesehatan. Kebijakan dan ekosistem data yang dibangun memungkinkan integrasi lintas sistem—termasuk yang dikembangkan oleh dinas kesehatan, pemerintah daerah, swasta, dan pihak lainnya. Dengan demikian, sistem data yang terintegrasi dan interoperabel, pengambilan keputusan kesehatan publik dapat dilakukan lebih cepat, tepat, dan berbasis bukti, serta mendukung pengawasan mutu layanan, pemetaan penyakit, dan perencanaan logistik kesehatan secara nasional.

**Pertumbuhan perusahaan teknologi kesehatan di sektor swasta membuka peluang besar bagi pengembangan ekosistem teknologi kesehatan yang mencakup inovasi, investasi, dan kolaborasi lintas sektor.** Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menyiapkan kerangka regulasi dan fasilitasi untuk mendukung pengembangan alat kesehatan digital, kecerdasan buatan, dan perangkat lunak klinis. Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 mengatur pentingnya kebijakan berbasis risiko dalam perizinan teknologi baru. Selain itu, skema pengujian dan pembinaan inovasi melalui kerangka sandbox bagi para inovator serta keterlibatan universitas dan mitra industri dapat mempercepat adaptasi teknologi di bidang kesehatan. Pendekatan ini memperluas kesempatan Indonesia menjadi salah satu pusat pengembangan teknologi kesehatan di kawasan Asia Tenggara dan menciptakan lapangan kerja baru di sektor digital medis. Menurut laporan Indonesia Digital Health Outlook 2024 dari Katadata Insight Center, potensi pasar digital health Indonesia diperkirakan mencapai USD 1,5 miliar pada tahun 2025, mencerminkan meningkatnya minat investor terhadap solusi teknologi kesehatan dalam negeri.

**Sayangnya, banyaknya sistem informasi kesehatan yang tidak terintegrasi telah menyebabkan duplikasi data dan inefisiensi, yang pada akhirnya menghambat pengambilan keputusan berbasis data.** Saat ini, terdapat sekitar 400 aplikasi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah, dan fasilitas pelayanan kesehatan yang berjalan secara terpisah. Akibatnya, terjadi duplikasi pelaporan, inkonsistensi data, serta rendahnya efektivitas pemantauan program. Platform SATUSEHAT hadir sebagai solusi integrasi sistem, namun prosesnya menghadapi tantangan teknis, keterbatasan sumber daya, serta isu interoperabilitas. Dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Kemenkes 2024, hambatan ini disebut sebagai salah satu tantangan utama dalam pengelolaan data kesehatan nasional, yang memerlukan waktu, pendampingan, serta koordinasi intensif lintas kementerian/lembaga dan daerah. Salah satu contoh tantangan di lapangan adalah transisi penggunaan aplikasi pencatatan kesehatan balita. Beberapa aplikasi telah digunakan selama bertahun-tahun oleh tenaga kesehatan di puskesmas, sehingga menimbulkan resistensi saat harus beralih ke sistem baru. Hal ini menjadi perhatian penting bagi pemerintah pusat dalam menyampaikan pesan bahwa transformasi ini justru bertujuan mengakhiri praktik seringnya pergantian aplikasi, demi sistem yang lebih stabil, terintegrasi, dan berkelanjutan.

**Selain masalah teknis, tantangan lainnya adalah kemampuan SDM kesehatan dalam memanfaatkan teknologi digital.** Banyak tenaga kesehatan, terutama di lini primer seperti puskesmas, belum terbiasa menggunakan sistem informasi kesehatan secara maksimal. Rendahnya literasi digital ini menyebabkan lambatnya input data, kesalahan entri, serta ketidakpercayaan terhadap sistem digital. Untuk mengatasi hal ini, Kementerian Kesehatan telah meluncurkan program pelatihan dan pendampingan

untuk tenaga kesehatan dalam penggunaan aplikasi berbasis SATUSEHAT. Namun, tantangan skalabilitas dan kesinambungan pelatihan tetap harus diantisipasi agar tidak terjadi resistensi atau kegagalan adopsi teknologi di lapangan. Di sisi lain, keterbatasan jumlah SDM yang berlatar belakang teknologi informasi juga menjadi sorotan penting dalam berjalannya transformasi pelayanan di fasilitas kesehatan.

**Peluang dalam penyalahgunaan data menjadi semakin besar seiring dengan meningkatnya digitalisasi, seperti penerapan platform SATUSEHAT, volume data sensitif seperti rekam medis, data imunisasi, dan klaim asuransi.** Tantangan utamanya adalah bagaimana menjamin keamanan data ini agar tidak bocor atau disalahgunakan, terutama karena banyak fasilitas kesehatan, terutama di daerah, belum memiliki kapasitas keamanan siber yang memadai. Regulasi seperti Undang-Undang No. 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi (UU PDP) memang sudah hadir, namun implementasinya masih menemui hambatan teknis dan kesenjangan pemahaman di lapangan. Selain itu, banyak aplikasi kesehatan yang belum memenuhi standar keamanan informasi, tidak dilakukan uji keamanan berkala, dan belum terkoneksi dengan sistem audit siber nasional seperti milik BSSN.

**Di sisi lain, kesadaran tenaga kesehatan dan operator sistem di FKTP terkait etika dan prosedur perlindungan data juga masih rendah.** Praktik-praktik seperti menyimpan data pasien di perangkat pribadi, penggunaan password yang mudah ditebak, atau pengiriman informasi medis via aplikasi pesan instan, menunjukkan perlunya peningkatan literasi digital secara masif. Pemerintah telah menginisiasi kerangka kerja seperti SATUSEHAT Governance Framework, kolaborasi dengan BSSN, dan integrasi dengan kebijakan SPBE (Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik) dalam upaya memperkuat tata kelola data kesehatan. Namun, keberhasilan transformasi teknologi kesehatan ini tetap bergantung pada sinergi regulasi yang kuat, kesiapan teknis aplikasi, serta penguatan kapasitas SDM di seluruh level sistem kesehatan.

**Transformasi digital sulit diwujudkan tanpa infrastruktur dasar seperti jaringan internet, listrik, server, dan perangkat keras.** Pada tahun 2021, Kementerian Kesehatan RI melakukan pemetaan kualitas akses internet di Puskesmas seluruh Indonesia. Hasilnya, sebanyak 745 Puskesmas di 229 kabupaten/kota mengalami kesulitan atau tidak memiliki akses internet yang memadai. Kondisi ini menyulitkan tenaga kesehatan, terutama yang bertugas di wilayah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (TPK), dalam menjalankan misi digitalisasi layanan kesehatan. Banyak fasilitas Kesehatan di daerah 3T (Daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar) masih menghadapi keterbatasan konektivitas dan belum memiliki perangkat yang mendukung sistem informasi modern. Dalam RPJMN 2025–2029, perluasan jaringan internet di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi agenda penting yang harus disinergikan dengan Kementerian Kominfo dan pemerintah daerah. Jika infrastruktur ini tidak tersedia secara merata, maka pemanfaatan teknologi akan timpang dan berpotensi memperlebar kesenjangan layanan antara wilayah maju dan tertinggal.

**Selain itu, biaya yang besar untuk infrastruktur, pengembangan SDM, dan penelitian menjadi tantangan yang harus dipertimbangkan dalam kesuksesan transformasi teknologi kesehatan.** Sebagai contoh, Kemenkes meluncurkan upaya

*Biomedical Genome-based Science Initiative* (BGSi) yang ditujukan untuk mendukung *precision medicines* dan pengembangan pelayanan kesehatan berbasis genom untuk penyakit tertentu. Sejauh ini, penyelenggaraan BGSi bermarkas di Gedung Eijkman Jakarta dengan melibatkan tujuh RS vertikal untuk meneliti enam penyakit prioritas melalui metode *whole genome sequencing*. Metode ini diestimasi memakan biaya lebih dari Rp 10 juta hingga Rp 30 juta per sampel, sedangkan Indonesia menargetkan setidaknya ada 10 ribu sampel yang dikumpulkan dari populasi penduduk yang memiliki penyakit prioritas untuk digunakan. Hal ini belum termasuk dari biaya pelatihan SDM, penelitian, dan biaya infrastruktur apabila upaya ini terus dikembangkan di seluruh Indonesia. Oleh karena itu, investasi dan kolaborasi antar institusi nasional dan internasional diharapkan dapat menekan beban biaya yang harus ditanggung dalam kesuksesan transformasi teknologi kesehatan di Indonesia.

1.2.7. Rangkuman Narasi Potensi dan Tantangan Transformasi Kesehatan

| Pilar Transformasi | Tantangan | Potensi |
|---|---|---|
| 1. Transformasi Layanan Primer | 1. Kesenjangan akses (literasi dan fasilitas), pencapaian antar daerah, dan SDM Kesehatan<br>2. Cakupan Imunisasi yang masih rendah<br>3. Beban penyakit ganda (*double burden of disease*):<br>● TBC<br>● HIV/AIDS<br>● NTD<br>● Malaria & DBD<br>● Penyakit katastropik<br>● Kesehatan mental<br>4. Beban ganda malnutrisi<br>5. Upaya penguatan pelayanan primer yang terfragmentasi (perlunya kerjasama multisektoral) | 1. Pemanfaatan Kader dan media ajar dalam peningkatan literasi kesehatan<br>2. Integrasi layanan primer melalui pendekatan siklus hidup dalam upaya peningkatan derajat kesehatan yang holistik<br>3. Peraturan dan Kebijakan yang mendorong peningkatan kualitas layanan primer |
| 2. Transformasi Layanan Rujukan | 1. Kendala akses layanan rujukan dalam menangani penyakit katastropik, terutama daerah terpencil<br>2. Ketidakseimbangan pembangunan FKTP dan FKRTL dengan penjaminan kualitas pelayanan karena keterbatasan SDM kesehatan | 1. Pengampuan oleh RS pengampu nasional dalam upaya perluasan layanan kesehatan beserta peningkatan kualitas RS seluruh indonesia<br>2. Peningkatan kualitas SDM kesehatan dan layanan rujukan melalui program *sister hospital* |

| | | |
|---|---|---|
| 3. Transformasi Ketahanan Kesehatan | 1. Ketergantungan impor alat kesehatan<br>2. Kebutuhan investasi yang besar yang tidak sebanding dengan kepastian permintaan atau insentif yang tersedia<br>3. Cakupan vaksinasi yang masih rendah<br>4. Kondisi geografis yang rawan kebencanaan (banjir, gempa bumi, erupsi gunung meletus)<br>5. Perubahan iklim | 1. Peran industri farmasi dan alat kesehatan lokal dalam pengurangan ketergantungan impor<br>2. Peningkatan peran surveilans dan ketersediaan tenaga kesehatan cadangan<br>3. Kolaborasi dengan lembaga pendidikan dalam penyediaan tenaga cadangan kesehatan melalui pengembangan kurikulum<br>4. Pengembangan kapasitas lokal melalui *Table Top Exercise* (TTX) yang melibatkan kolaborasi multisektor<br>5. Penarikan investasi dari dalam negeri maupun internasional untuk penguatan infrastruktur dan layanan kesehatan |
| 4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan | 1. Kesenjangan Pembelanjaan kesehatan dengan pencapaian target kesehatan di Indonesia<br>2. Kesenjangan antara data kepesertaan JKN dengan akses nyata layanan kesehatan<br>3. Gejolak ekonomi global dalam investasi kesehatan di Indonesia | 1. Integrasi *Health Technology Assessment* (HTA) dalam penguatan pembiayaan kesehatan<br>2. Transparansi *National Health Account* (NHA) berpotensi dalam meningkatkan potensi investasi, penguatan perencanaan dan penganggaran kesehatan<br>3. Pemanfaatan cukai dalam pengurangan beban biaya kesehatan |

| | | |
|---|---|---|
| 5. Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Rendahnya jumlah SDM kesehatan dan juga persebaran yang tidak merata<br>2. Akses pendidikan kesehatan yang rendah (Terpusat pada Jawa dan Sumatera) | 1. Pemanfaatan *Academic Health System* (AHS) dalam mengatasi maldistribusi SDM Kesehatan<br>2. Komitmen pemerintah dalam penyediaan beasiswa bagi SDM Kesehatan<br>3. Penjaminan kualitas lulusan SDM Kesehatan melalui upaya akreditasi institusi pendidikan |
| 6. Transformasi Teknologi Kesehatan | 1. Banyaknya sistem informasi kesehatan berpotensi menghambat pengambilan keputusan akibat duplikasi data dan inefisiensi<br>2. Rendahnya literasi digital SDM Kesehatan (termasuk etika dan perlindungan data)<br>3. Potensi penyalahgunaan data karena sistem siber yang belum adekuat<br>4. Infrastruktur dasar (jaringan, listrik, server, dan perangkat keras) yang belum memadai dapat memperlambat proses transformasi teknologi kesehatan<br>5. Modal dan biaya operasional yang besar | 1. Pemanfaatan Kecerdasan Buatan (AI) untuk meningkatkan diagnosis, Perawatan, dan manajemen data Kesehatan<br>2. Pengembangan sistem data kesehatan yang terintegrasi untuk mendukung pengawasan mutu pelayanan, pemetaan, perencanaan, dan pengambilan keputusan berbasis bukti<br>3. Pertumbuhan Healthtech dalam pengembangan ekosistem teknologi kesehatan |

# BAB 2 VISI, MISI, DAN TUJUAN KEMENTERIAN KESEHATAN

## 2.1 Visi Kementerian/Lembaga

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

## 2.2 Misi Kementerian/Lembaga

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

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

## 2.3 Tujuan Kementerian/Lembaga

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

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

## 2.4 Sasaran Strategis Kementerian/Lembaga

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

| Tujuan | | Sasaran Strategis | | Indikator Sasaran Strategis |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Masyarakat sehat di setiap siklus hidup | 1.1 | Meningkatnya kualitas pelayanan promotif dan preventif | • Angka Kematian Ibu<br>• Angka Kematian Balita<br>• Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek)<br>• Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60)<br>• Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis |
| | | 1.2 | Meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit | • Kabupaten/Kota yang mencapai target kekebalan kelompok<br>• Persentase depresi pada usia ≥15 tahun<br>• Angka populasi bebas PTM<br>• Angka populasi bebas PM |
| 2 | Masyarakat berperilaku hidup sehat | 2.1 | Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat | • Persentase penduduk dengan literasi kesehatan<br>• Proporsi penduduk dengan aktivitas fisik cukup<br>• Kabupaten/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)<br>• Prevalensi obesitas >18 tahun |
| 3 | Layanan Kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau | 3.1 | Meningkatnya kapasitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes | • Persentase kabupaten/kota dengan fasilitas kesehatan sesuai standar<br>• Proporsi fasilitas kesehatan dengan perbekalan kesehatan sesuai standar<br>• Persentase faskes mencapai akreditasi paripurna<br>• Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan<br>• Persentase belanja kesehatan *out of pocket*<br>• Persentase masyarakat memiliki asuransi kesehatan aktif |
| | | 3.2 | Meningkatnya kuantitas dan kualitas SDM kesehatan | • Rasio nakes dan named terhadap populasi |
| 4 | Sistem Ketahanan Kesehatan yang | 4.1 | Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan | • Persentase jenis obat (termasuk vaksin) yang dapat diproduksi dalam negeri |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | tangguh dan responsif | | | ● Persentase jenis alkes yang dapat diproduksi dalam negeri<br>● Indeks alat kesehatan memenuhi standar<br>● Nilai kapasitas *International Health Regulations* (IHR) dalam *Joint External Evaluation* (JEE)<br>● Kabupaten/Kota memenuhi kualitas kesehatan lingkungan |
| 5 | Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif | 5.1 | Meningkatnya keselarasan kebijakan dan prioritas bidang kesehatan antara pemerintah pusat dan daerah | ● Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang menyelaraskan perencanaan pembangunan dan mencapai target tahunan pembangunan |
| | | 5.2 | Meningkatnya kualitas pendanaan kesehatan yang berkelanjutan | ● Rasio belanja kesehatan per kapita terhadap HALE<br>● Skala investasi di sektor kesehatan |
| 6 | Teknologi Kesehatan yang Maju | 6.1 | Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan | ● Persentase fasilitas kesehatan yang terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan nasional (SIKN)<br>● Persentase populasi yang menggunakan SIKN |
| | | 6.2 | Meningkatnya kuantitas dan kualitas uji klinis | ● Peningkatan kapabilitas riset kesehatan di Indonesia<br>● Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan |
| 7 | Kementerian Kesehatan yang *agile*, efektif dan efisien | 7.1 | Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan | ● Indeks tata kelola Pemerintahan yang baik<br>● Nilai *Good Public Governance* Kementerian Kesehatan |

# BAB 3 ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI, KERANGKA REGULASI DAN KERANGKA KELEMBAGAAN

## 3.1 Arah Kebijakan dan Strategi Nasional

UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menyatakan bahwa pembangunan kesehatan masyarakat dimaksudkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya berdasarkan prinsip kesejahteraan, pemerataan, non-diskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembangunan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan produktif, mengurangi kesenjangan, memperkuat pelayanan kesehatan bermutu, meningkatkan ketahanan kesehatan, menjamin kehidupan yang sehat, serta memajukan kesejahteraan seluruh warga negara dan daya saing bangsa bagi pencapaian tujuan pembangunan nasional.

Sejalan dengan hal tersebut, Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2025-2045 yang dijabarkan dalam Peraturan Presiden No. 59 tahun 2024 memuat Visi Indonesia Emas 2045 sebagai "*Negara Kesatuan Republik Indonesia yang Bersatu, Berdaulat, Maju, dan Berkelanjutan*". Visi tersebut diwujudkan melalui 8 (delapan) Agenda Pembangunan 2045 sebagai berikut:

1) Transformasi Sosial
2) Transformasi Ekonomi
3) Transformasi Tata Kelola
4) Supremasi Hukum, Stabilitas dan Kepemimpinan Indonesia
5) Ketahanan Sosial Budaya dan Ekologi
6) Pembangunan Kewilayahan yang Merata dan Berkualitas
7) Sarana dan Prasarana yang Berkualitas dan Ramah Lingkungan
8) Kesinambungan Pembangunan

Dalam RPJPN 2025-2045, pembangunan kesehatan masuk ke dalam Agenda Transformasi Sosial, yang bertujuan untuk membangun manusia yang sehat, cerdas, kreatif, sejahtera, unggul dan berdaya saing.

Pembangunan jangka panjang nasional akan diselenggarakan dalam lima tahapan, masing-masing selama lima tahun. Tahapan pertama akan berlangsung pada periode 2025-2029, dengan fokus pada Penguatan Transformasi. Dalam periode tersebut, transformasi sosial dititikberatkan pada penuntasan pemenuhan pelayanan dasar kesehatan, pendidikan dan perlindungan sosial, serta peningkatan kualitas SDM untuk membentuk manusia produktif.

RPJPN juga memuat sejumlah upaya transformatif super prioritas (*game changers*) untuk transformasi sosial. Dalam konteks pembangunan kesehatan, upaya transformatif super prioritas tersebut meliputi (i) restrukturisasi kewenangan pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan, serta (ii) investasi pelayanan kesehatan primer, penuntasan stunting, dan eliminasi penyakit menular dan penyakit tropis terabaikan (terutama tuberkulosis dan kusta).

Secara umum, arah Kebijakan pembangunan kesehatan nasional dalam RPJPN 2025-2045 adalah "*Kesehatan untuk Semua*", yang bertujuan agar setiap penduduk dapat hidup sehat, mencakup semua penduduk, pada seluruh siklus hidup, di seluruh wilayah, dan bagi seluruh kelompok masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan. Pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas terjamin bagi setiap penduduk. Pembangunan kesehatan melibatkan seluruh pemangku kepentingan, baik pemerintah pusat dan daerah, organisasi

non-pemerintah, pelaku usaha, maupun masyarakat dengan memperhatikan dinamika sosial, budaya, politik, ekonomi, pendidikan, perdagangan, industri, pangan, dan lingkungan.

Selanjutnya, sebagai tahapan pertama implementasi RPJPN 2025-2045, Peraturan Presiden No. 12 tahun 2025 telah menetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025-2029. RPJMN 2025-2029 memuat 8 (delapan) Prioritas Nasional, dan setiap Prioritas Nasional diterjemahkan lebih lanjut menjadi Program Prioritas (PP), Kegiatan Prioritas (KP), serta Proyek Prioritas (ProP).

RPJMN 2025-2029 telah mengidentifikasi dan memetakan peran signifikan Kementerian Kesehatan dalam mengkoordinasikan berbagai Program Prioritas dan Kegiatan Prioritas, yang hampir seluruhnya berada di bawah Prioritas Nasional 4, yaitu memperkuat pembangunan sumber daya manusia (SDM), sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda, dan penyandang disabilitas.

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, 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:
    a) 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;
    b) pencegahan dan penurunan stunting, dengan meningkatkan cakupan dan kualitas serta integrasi intervensi kunci yang berfokus pada penguatan faktor determinan di masing-masing kelompok sasaran;
    c) peningkatan pelayanan kesehatan dan gizi bagi usia sekolah, usia produktif, dan lansia serta keluarga berencana dan kesehatan reproduksi; serta
    d) 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, 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) 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
    f) penyehatan lingkungan.

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 bagi daerah sulit akses, pemberdayaan masyarakat dan swasta dalam penyediaan layanan kesehatan, termasuk peran kader kesehatan, mendorong inovasi pelayanan kesehatan, serta meningkatkan kualitas pendanaan kesehatan yang berkelanjutan. Hal tersebut dilakukan melalui:
   a) investasi pelayanan kesehatan primer;
   b) pembangunan rumah sakit lengkap berkualitas di kabupaten/ kota dan pengembangan pelayanan kesehatan bergerak dan daerah sulit akses termasuk pengembangan layanan berbasis kompetensi terutama kanker, jantung, strok, 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.

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 dan

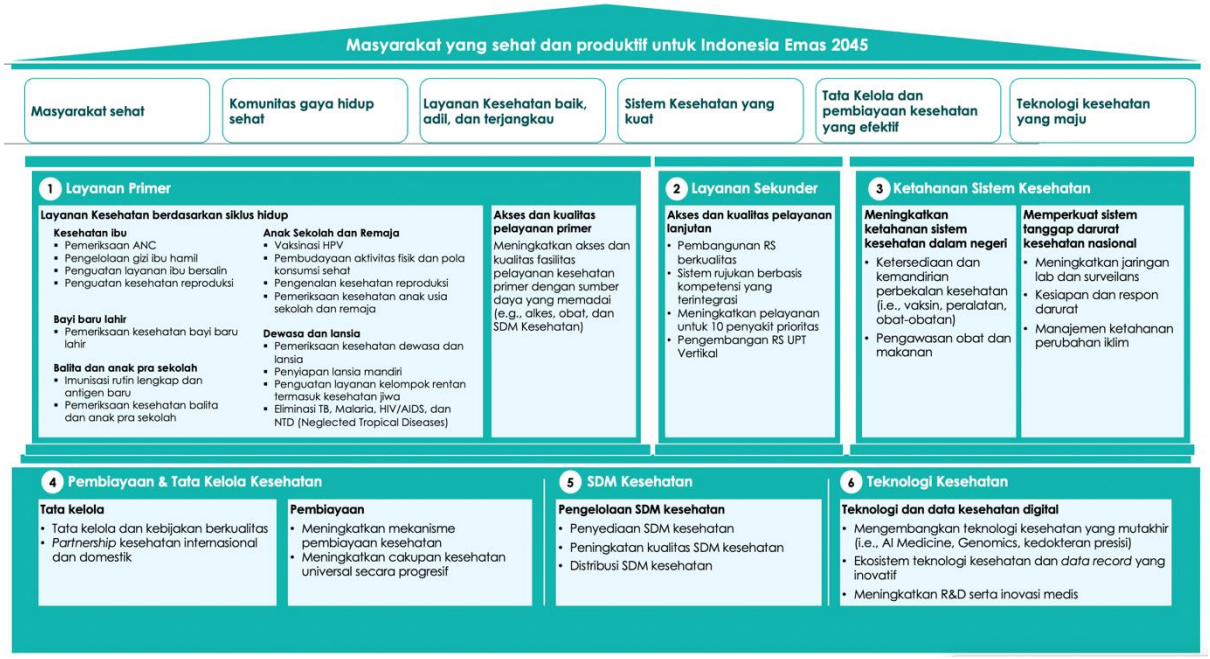
## 3.2 Arah Kebijakan dan Strategi Kementerian Kesehatan

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

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

## A. Enam Pilar Transformasi Kesehatan 2025-2029




Pada tahun 2025-2029, Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk melanjutkan transformasi kesehatan, mencakup:

1. **Transformasi Layanan Primer** bertujuan untuk mewujudkan masyarakat sehat di setiap siklus hidup melalui penguatan pelayanan kesehatan primer yang berkualitas, adil, berkelanjutan, serta berorientasi promotif dan preventif. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang komprehensif dengan pendekatan siklus hidup, sebagai berikut:
    - **Kesehatan ibu, bayi, baru lahir, dan anak:** Pelayanan difokuskan pada peningkatan kualitas perawatan ibu sejak masa pranikah, kehamilan, persalinan, hingga pascapersalinan, dengan memperhatikan aspek gender. Deteksi dini pada masa sebelum dan selama kehamilan menjadi salah satu prioritas untuk menurunkan angka kematian ibu, terutama melalui penguatan cakupan pelayanan antenatal sesuai standar. Intervensi juga mencakup akses terhadap layanan keluarga berencana, sebagai bagian dari upaya mendukung perencanaan kehamilan, menurunkan risiko kehamilan, dan meningkatkan kualitas hidup perempuan.

Layanan pascapersalinan juga menyasar bayi baru lahir, termasuk skrining kesehatan bayi baru lahir, seperti skrining hipotiroid kongenital, kelainan metabolik, dan gangguan pendengaran. Deteksi dini ini berperan penting dalam pencegahan disabilitas jangka panjang dan memastikan kualitas hidup anak sejak dini, berkontribusi langsung terhadap penurunan angka kematian balita. Upaya lain termasuk kunjungan neonatal lengkap sesuai standar, dukungan nutrisi, dan pemantauan tumbuh kembang, sebagai bagian dari program kesehatan anak terintegrasi. Di samping itu, untuk menghadapi tantangan beban ganda malnutrisi pada balita—baik *stunting* maupun obesitas—pemerintah menekankan pentingnya intervensi gizi spesifik dan sensitif sejak seribu hari pertama kehidupan, yang disertai edukasi gizi kepada keluarga dan pemantauan pertumbuhan secara rutin.

- **Kesehatan remaja:** Layanan kesehatan primer juga menjadi gerbang awal dalam pemenuhan dukungan kesehatan remaja, khususnya dalam aspek kesehatan mental, reproduksi, maupun fisik. Penguatan upaya kesehatan mental di tingkat layanan primer untuk menanggulangi masalah kesehatan mental di masa depan dilaksanakan melalui kegiatan UKM di Puskesmas dan edukasi kesehatan mental kepada masyarakat. Di sisi lain, mengatasi tingginya risiko anemia pada remaja putri, deteksi dini anemia dilakukan melalui skrining, yang dilanjutkan dengan pemberian tablet tambah darah (TTD) secara rutin. intervensi ini penting untuk mendukung kesiapan remaja menghadapi usia subur, usia produktif dan menjadi bagian dari strategi nasional pembangunan sumber daya manusia.
- **Kesehatan dewasa:** Intervensi pada kelompok usia dewasa difokuskan pada skrining dan intervensi dini untuk Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular serta penyakit paru obstruktif kronik yang termasuk dalam beban penyakit terbesar di Indonesia. Fasilitas layanan kesehatan primer diperkuat agar mampu mendeteksi dan menangani PTM secara efektif. Kolaborasi lintas sektor, swasta, dan masyarakat sangat penting untuk mendorong gaya hidup sehat dan mengurangi faktor risiko PTM, seperti merokok, pola makan tidak sehat, dan kurang aktivitas fisik. Selain di masyarakat umum, upaya promotif dan preventif juga ditingkatkan di lingkungan kerja melalui penyediaan layanan kesehatan kerja yang terintegrasi sebagai bagian dari strategi menjaga produktivitas dan kesehatan tenaga kerja.
- **Kesehatan lansia:** Upaya difokuskan pada perawatan geriatri preventif komprehensif yang mendukung lansia agar tetap sehat, aktif, dan mandiri. Di dalamnya mencakup skrining kapasitas fungsional secara rutin untuk mendeteksi tanda-tanda awal penurunan fisik dan kognitif, manajemen penyakit kronis berkelanjutan, serta pelatihan dan edukasi bagi keluarga agar mampu merawat lansia dengan efektif dan penuh kasih. Melalui upaya ini, diharapkan lansia dapat menikmati kualitas hidup yang lebih baik dan mempertahankan kemandirian.

Dalam rangka mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, transformasi layanan primer diarahkan pada penguatan sistem kesehatan berbasis *Primary Health Care (PHC)* dengan pendekatan holistik, integratif, dan berbasis siklus hidup. Kebijakan ini difokuskan pada empat fokus utama:

a. **Literasi kesehatan dan gaya hidup sehat**
   Peningkatan literasi kesehatan masyarakat dilakukan melalui edukasi yang terstruktur dan kampanye kesehatan yang menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Pemahaman terhadap faktor risiko kesehatan dan pentingnya perilaku hidup bersih

dan sehat (PHBS) ditanamkan sejak dini melalui integrasi bahan ajar topik kesehatan dalam kurikulum pendidikan. Kebijakan ini juga menekankan pembentukan gaya hidup sehat yang mencerminkan kepedulian terhadap kesehatan lingkungan, termasuk peningkatan akses terhadap sanitasi layak, penyediaan air bersih, serta mitigasi polusi udara baik di dalam *(indoor*) maupun luar ruangan (*outdoor*). Pemanfaatan platform digital, media sosial, dan berbagai kanal komunikasi digunakan untuk memperluas jangkauan informasi kesehatan, meningkatkan literasi dan kesadaran masyarakat terkait kesehatan, serta membentuk gaya hidup sehat berbasis pengetahuan. Dalam pelaksanaannya, kader kesehatan juga berperan strategis sebagai ujung tombak di tingkat komunitas untuk menyampaikan informasi kesehatan, mendampingi masyarakat dalam penerapan PHBS, serta menjembatani akses terhadap layanan kesehatan dasar.

**b. Pelayanan promotif**

Strategi kebijakan pelayanan promotif diarahkan pada penguatan kapasitas masyarakat dan fasilitas layanan primer dalam mendorong perilaku sehat serta menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan. Intervensi promotif diarahkan pada isu prioritas seperti kesehatan ibu dan anak, pencegahan penyakit menular (TBC, HIV, malaria, kusta), serta kesehatan mental.

Dalam penanggulangan penyakit menular, TBC ditetapkan sebagai salah satu program hasil terbaik cepat (PHTC) atau *quick win*, dengan tiga strategi utama: peningkatan penemuan kasus, peningkatan kepatuhan pengobatan sampai tuntas, serta peningkatan upaya pencegahan dan edukasi. Penyakit menular lainnya seperti HIV, malaria, kusta, demam berdarah, hepatitis, rabies, dan lainnya juga berupaya ditangani melalui perluasan skrining dan deteksi dini, pelacakan kasus, pencegahan penularan, edukasi, serta pemberdayaan kader ataupun pendamping pengobatan.

Seluruh pendekatan promotif ini diperkuat oleh pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi digital untuk mendorong perubahan perilaku, memperluas edukasi kesehatan, serta meningkatkan pemantauan secara berkala. Kader kesehatan dan berbagai elemen komunitas diberdayakan sebagai agen perubahan melalui pelatihan berkelanjutan dan kolaborasi lintas sektor. Kader kesehatan juga berperan penting dalam mendiseminasikan informasi, menjembatani akses ke layanan kesehatan dasar, serta mengawal pelaksanaan intervensi promotif di tingkat akar rumput.

**c. Kesehatan preventif/detektif**

Strategi kesehatan preventif dan detektif difokuskan pada upaya identifikasi dan pencegahan penyakit secara menyeluruh sejak dini guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mengurangi beban penyakit di masa depan. Upaya preventif mencakup perluasan cakupan imunisasi nasional secara merata, termasuk penambahan jenis imunisasi rutin menjadi 14 antigen. Sementara itu, deteksi dini diarahkan pada skrining dan penanganan awal terhadap berbagai penyakit, terutama PTM. Dalam skala nasional, kegiatan deteksi dini ini dilaksanakan melalui program hasil terbaik cepat (PHTC) atau *quick win* berupa pemeriksaan kesehatan gratis (PKG) yang terintegrasi, masif, dan sistematis sesuai dengan siklus hidup. Selain meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya gaya hidup sehat, pendekatan ini juga berkontribusi dalam menekan beban pembiayaan negara

terhadap pengendalian penyakit kronis dan katastropik melalui deteksi dan tatalaksana lebih awal. Penguatan sistem pencatatan dan pelaporan juga mendukung pemantauan hasil skrining dan memastikan intervensi lanjutan yang tepat sasaran.

**d. Akses dan kualitas pelayanan primer**

Upaya akses dan kualitas pelayanan kesehatan primer diarahkan melalui revitalisasi dan penguatan fungsi layanan kesehatan primer seperti Puskesmas, Pustu, dan Posyandu, terutama di wilayah dengan akses terbatas. Upaya ini mencakup pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan, obat-obatan esensial, serta peningkatan kapasitas dan pemerataan SDM kesehatan yang kompeten. Layanan primer juga diperkuat melalui pendekatan berbasis komunitas, termasuk kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dan kader untuk menjangkau masyarakat secara lebih luas—terutama kelompok rentan—serta memberikan edukasi dan intervensi kesehatan secara langsung di tingkat rumah tangga. Transformasi juga mencakup penguatan laboratorium kesehatan masyarakat untuk mendukung fungsi diagnostik dan surveilans penyakit. Selain itu, pemanfaatan sistem informasi kesehatan terintegrasi dan digitalisasi layanan menjadi bagian penting dalam memastikan efektivitas dan kesinambungan pelayanan kesehatan primer.

2. **Transformasi Layanan Rujukan** bertujuan meningkatkan akses dan mutu layanan kesehatan sekunder dan tersier secara merata di Indonesia, terutama melalui empat strategi utama: (i) perluasan jejaring rumah sakit, (ii) penguatan sistem rujukan berbasis kompetensi yang terintegrasi, (iii) peningkatan standar pelayanan berkualitas tinggi, dan (iv) penguatan layanan terhadap 10 penyakit prioritas. Strategi perluasan jejaring dilakukan melalui pembangunan dan pengembangan rumah sakit, khususnya di wilayah timur dan daerah dengan akses terbatas, termasuk penyediaan rumah sakit kapal sebagai solusi pelayanan kesehatan bergerak di wilayah kepulauan. Sistem rujukan diperkuat melalui program pengampuan rumah sakit, yang mencakup pemetaan kompetensi jejaring, standarisasi SDM dan sarana pelayanan, serta pendampingan teknis berkelanjutan dari rumah sakit pengampu.

   Dalam mendukung peningkatan standar layanan, pemerintah juga mendorong pembangunan rumah sakit daerah berkualitas sebagai bagian dari Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) atau *quick win*, yang ditargetkan memiliki layanan unggulan seperti kanker, jantung, stroke, uronefrologi (KJSU), serta kesehatan ibu dan anak. RS ditargetkan memiliki sarana prasarana, alat kesehatan, dan SDM sesuai standar nasional, serta menerapkan sistem tata kelola keuangan dan manajemen pelayanan yang transparan dan akuntabel.

   Untuk mendukung penanganan sepuluh penyakit prioritas—termasuk KJSU, tuberkulosis, diabetes melitus, kesehatan jiwa, gastrohepatologi, penyakit infeksi emerging, dan kesehatan ibu dan anak—penguatan intervensi dilakukan secara bertahap dan berjenjang melalui sistem pengampuan rumah sakit jejaring layanan prioritas. Sistem ini memastikan terjadinya transfer kompetensi dari rumah sakit pengampu kepada rumah sakit jejaring sesuai dengan tingkatnya (paripurna, utama, atau madya). Melalui pendekatan ini, penatalaksanaan penyakit prioritas dilakukan secara terstandar, terpadu, dan berbasis kapasitas layanan masing-masing rumah sakit. Sebagai bagian dari penguatan tata kelola klinis, pengendalian resistensi antimikroba

juga dilakukan untuk mendukung efektivitas layanan dan menekan beban akibat infeksi yang resisten terhadap pengobatan.

3. **Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan** merupakan pilar ketiga transformasi kesehatan yang bertujuan untuk memperkuat kapasitas ketahanan sistem kesehatan nasional dalam menghadapi ancaman kesehatan global maupun nasional. Transformasi ini mencakup dua fokus utama: (i) peningkatan ketahanan sistem domestik dan (ii) penguatan sistem tanggap darurat kesehatan nasional.

   a. **Meningkatkan ketahanan sistem kesehatan domestik**
      Peningkatan ketahanan sistem kesehatan domestik dilakukan melalui kemandirian produksi vaksin obat, dan alat kesehatan dalam negeri, termasuk pengembangan 14 antigen vaksin imunisasi rutin, 10 bahan baku obat konsumsi tertinggi, serta 10 alat kesehatan belanja tertinggi secara nilai dan kuantitas. Selain itu, pemerintah juga mendorong pengembangan fitofarmaka sebagai bagian dari kemandirian bahan baku berbasis sumber daya alam nasional. Upaya ini diperkuat melalui peningkatan kapasitas produksi dalam negeri, baik dari sisi teknologi, SDM, maupun fasilitas produksi, yang didorong melalui insentif fiskal dan nonfiskal untuk menarik investasi strategis. Di samping itu, kemitraan dengan para pelaku industri, sektor swasta, lembaga riset, dan mitra internasional diperluas untuk mempercepat pengembangan teknologi, peningkatan mutu produk, dan penguatan rantai pasok kesehatan nasional yang berkelanjutan.

   b. **Memperkuat sistem tanggap darurat kesehatan nasional**
      Penguatan sistem tanggap darurat diperkuat melalui tiga strategi utama, yaitu pengembangan dan pengawasan jejaring nasional surveilans berbasis laboratorium secara nasional, peningkatan kesiapan dan respon darurat, serta penguatan manajemen ketahanan iklim. Dalam mendukung strategi ini, pemerintah melakukan revitalisasi laboratorium kesehatan masyarakat (Labkesmas) secara bertahap dengan pendekatan lima tingkat (tier), mencakup penataan organisasi, penguatan sarana dan prasarana, serta peningkatan kapasitas sumber daya manusia. Labkesmas dikembangkan untuk mendukung sistem surveilans penyakit dan faktor risiko kesehatan secara menyeluruh di tingkat masyarakat guna memperkuat deteksi dini dan respons terhadap potensi kejadian luar biasa atau wabah. Penguatan sistem deteksi ini juga didukung oleh peningkatan kapasitas balai kekarantinaan kesehatan di pintu masuk negara.

      Sebagai bagian dari kesiapsiagaan menghadapi kedaruratan kesehatan, Kementerian Kesehatan terus memperkuat kapasitas pelaporan, komunikasi risiko, dan sinergi dengan lintas sektor dan pemerintah daerah guna memastikan sistem penanggulangan krisis kesehatan dan penanganan kegawatdaruratan terpadu memenuhi standar dan dapat dioperasikan secara efektif. Upaya ini didukung oleh penyediaan tenaga cadangan kesehatan (TCK) dan tim kegawatdaruratan medis (EMT), serta pelatihan kesiapsiagaan dan simulasi penanggulangan krisis kesehatan, termasuk yang berkaitan dengan dampak perubahan iklim. Sebagai bagian dari penguatan ketahanan kesehatan masyarakat secara menyeluruh, transformasi ini juga mencakup peningkatan kualitas kesehatan lingkungan, dengan mendorong kabupaten/kota untuk memenuhi indikator kabupaten/kota sehat, termasuk standar

kualitas air minum, udara dalam ruang, dan penyediaan fasilitas umum yang layak dan mendukung derajat kesehatan masyarakat.

4. **Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan** merupakan pilar keempat transformasi kesehatan yang berfokus pada peningkatan akses layanan yang adil dan terjangkau, terutama bagi kelompok masyarakat rentan. Transformasi ini diarahkan untuk memastikan pembiayaan yang memadai, berkelanjutan, dialokasikan secara adil, serta dimanfaatkan dengan efektif dan efisien. Upaya transformasi dilaksanakan melalui dua penguatan utama:

   **a. Tata kelola**

   Tata kelola sistem pembiayaan kesehatan difokuskan pada penyusunan kebijakan pembiayaan yang berkualitas, yaitu berbasis data, responsif terhadap kebutuhan kesehatan nasional dan daerah, serta selaras dengan prioritas pembangunan kesehatan. Pemerintah telah menyusun Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK) sebagai panduan strategis dalam perencanaan pembiayaan dan alokasi sumber daya. Keselarasan dokumen perencanaan pembangunan kesehatan antara pusat dan daerah menjadi salah satu indikator utama untuk menjamin kesinambungan dan konsistensi arah kebijakan. Selain itu, pemerintah memperkuat kemitraan strategis kesehatan, baik domestik maupun internasional, untuk memperkuat kolaborasi teknis, pertukaran pengetahuan, serta dukungan sumber daya. Kemitraan ini diharapkan memperkuat posisi Indonesia dalam menghadapi tantangan kesehatan lintas batas seperti pandemi, perubahan iklim, dan penyakit menular yang semakin kompleks, sekaligus mendukung penguatan diplomasi kesehatan global.

   **b. Pembiayaan**

   Dalam mewujudkan sistem pembiayaan yang efisien, adil, dan berkelanjutan, transformasi diarahkan untuk memperkuat mekanisme pembiayaan kesehatan serta mendorong pencapaian cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*) secara progresif. Upaya ini meliputi konsolidasi berbagai sumber pembiayaan publik, penyusunan NHA, penguatan proses *annual review tariff*, serta penerapan HTA untuk memastikan efisiensi dan efektivitas belanja kesehatan. Perluasan cakupan JKN sebagai bentuk asuransi kesehatan sosial juga terus diperkuat agar perlindungan finansial terhadap beban biaya kesehatan masyarakat semakin merata, khususnya bagi kelompok rentan. Dalam hal ini, penurunan proporsi pengeluaran langsung masyarakat OOP menjadi indikator penting, karena tingginya beban OOP dapat menghambat akses layanan, memperbesar risiko kemiskinan, dan mengganggu keberlanjutan sistem kesehatan. Sebagai bagian dari penguatan kualitas pendanaan, transformasi pembiayaan juga memperhatikan rasio belanja kesehatan per kapita terhadap HALE sebagai ukuran efisiensi investasi kesehatan terhadap peningkatan kualitas hidup. Di samping itu, peningkatan skala investasi di sektor kesehatan, termasuk di bidang farmasi, alat kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan, menjadi bagian penting dari strategi pembiayaan yang mendukung transformasi layanan dan ketahanan sistem kesehatan nasional.

5. **Transformasi SDM Kesehatan** merupakan pilar kelima dalam transformasi kesehatan Indonesia yang bertujuan untuk menjamin kecukupan dan pemerataan tenaga kesehatan yang kompeten secara proporsional terhadap jumlah penduduk, termasuk di kawasan

DTPK. Transformasi ini difokuskan pada peningkatan penyediaan, kualitas, dan pemerataan distribusi SDM kesehatan, agar layanan kesehatan dapat diberikan secara adil dan merata di seluruh wilayah. Untuk mendukung hal tersebut, pemerintah mendorong penambahan kuota pendidikan tenaga kesehatan dan tenaga medis, pemberian beasiswa dalam dan luar negeri, serta penyederhanaan proses penyetaraan bagi lulusan luar negeri. Dalam jangka panjang, Kementerian Kesehatan juga memperkuat kolaborasi melalui pengembangan *Academic Health System* (AHS), yaitu sistem kemitraan terintegrasi antara perguruan tinggi, rumah sakit pendidikan, wahana pendidikan dan pemerintah daerah, yang bertujuan memperkuat kesinambungan antara pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan, serta memastikan pemenuhan dan pemerataan tenaga dokter dan dokter spesialis. Sejalan dengan berbagai upaya tersebut, penguatan sistem informasi SDM kesehatan melalui digitalisasi juga dilakukan untuk meningkatkan akurasi pemetaan kebutuhan, perencanaan berbasis data, serta efisiensi pengelolaan SDM kesehatan, sehingga transformasi dapat diwujudkan secara terukur, efektif, dan berkelanjutan.

6. **Transformasi Teknologi Kesehatan** merupakan pilar keenam dalam transformasi kesehatan yang berfokus pada pemanfaatan teknologi informasi dan bioteknologi. Pilar ini mendorong percepatan adopsi teknologi digital dan penguatan ekosistem data kesehatan untuk membangun sistem pelayanan kesehatan yang lebih terintegrasi, adaptif, dan berbasis data. Fokus utama transformasi ini mencakup: (i) pengembangan teknologi kesehatan mutakhir, (ii) pengembangan ekosistem teknologi kesehatan dan *data record* yang inovatif, dan (iii) penguatan riset dan pengembangan, serta inovasi medis.

   Pengembangan teknologi kesehatan mutakhir dilakukan antara lain melalui pemanfaatan kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence*) untuk mendukung pengambilan keputusan klinis dan prediksi penyakit, serta penerapan kedokteran presisi melalui inisiatif *Biomedical and Genome Science Initiative* (BGSi). Inisiatif ini mendukung deteksi potensi penyakit dan terapi berbasis genom. Untuk mendorong ekosistem teknologi kesehatan dengan penyimpanan data yang inovatif, hasil pemeriksaan farmakogenomik BGSi akan diintegrasikan ke fitur SatuDNA sebagai bagian dari ekosistem SatuSehat. Peningkatan kapasitas riset dan inovasi juga didukung salah satunya melalui sistem bioteknologi terstandar, pengembangan *biobank, bioregistry,* serta platform bioinformatika. Dengan strategi ini, sistem kesehatan Indonesia diharapkan dapat menjadi lebih presisi, prediktif, dan dapat menghadapi tantangan kesehatan masa depan melalui adopsi teknologi kesehatan terkini.

   Untuk mengatasi tantangan fragmentasi sistem informasi dan mendukung integrasi data kesehatan nasional, platform SatuSehat dikembangkan sebagai satu sistem rekam medis elektronik yang menghubungkan seluruh fasilitas kesehatan melalui sistem interoperabel dan terstandarisasi. Transformasi ini juga disertai dengan peningkatan kapasitas SDM dalam pemanfaatan teknologi melalui pelatihan dan adopsi teknologi di berbagai tingkatan layanan. Untuk menjamin keamanan dan privasi data, sistem dilengkapi dengan standar perlindungan data pribadi dan penguatan keamanan informasi. Di sisi lain, guna menjembatani kesenjangan akses yang digital di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T), pengembangan infrastruktur teknologi dilakukan secara bertahap dan kontekstual

sesuai kebutuhan daerah, agar pelayanan kesehatan digital dapat dijangkau secara adil dan merata.

7. **Transformasi internal merupakan fondasi dari transformasi kesehatan yang memperkuat struktur dan tata kelola organisasi Kementerian Kesehatan agar mampu menjalankan enam pilar transformasi secara efektif dan berkelanjutan.** Fokus utama transformasi ini adalah pembentukan budaya kerja baru yang berlandaskan nilai-nilai ASN BerAKHLAK (berorientasi pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, loyal, adaptif, kolaboratif), yang diinternalisasi melalui tiga tema utama: eksekusi efektif, cara kerja baru, dan pelayanan unggul. Pendekatan ini dilakukan untuk mendorong transformasi pola pikir dan perilaku insan Kemenkes di seluruh unit organisasi. Penguatan tata kelola dilakukan sesuai arah reformasi birokrasi, mencakup penyederhanaan struktur organisasi, penguatan manajemen kinerja, dan pengembangan birokrasi yang digital, kolaboratif, dan berorientasi hasil. Langkah ini diperkuat dengan pembentukan *Internal Transformation Office* (ITO), pengembangan *Talent Management System,* dan peluncuran Kemenkes Corporate University untuk mendorong pengembangan kompetensi berkelanjutan. Melalui berbagai strategi ini, transformasi secara internal ini diharapkan mampu melembagakan budaya kerja sebagai gaya hidup organisasi dalam mendukung transformasi kesehatan dan capaian pembangunan nasional.

**B. Strategi Transformasi Kesehatan di tahun 2025-2029**

1. **Penguatan transformasi layanan primer melalui promosi kesehatan, pencegahan dan pengendalian penyakit serta masalah kesehatan, untuk mewujudkan masyarakat sehat di setiap siklus hidup.**
   a. **Kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak**
      - Menyediakan layanan kesehatan ibu mulai dari prakonsepsi, kehamilan, persalinan, hingga pascapersalinan, termasuk layanan keluarga berencana dan kegawatdaruratan.
      - Melakukan deteksi dini risiko kehamilan sejak sebelum hamil melalui skrining dan pemeriksaan rutin, serta kunjungan antenatal sesuai standar.
      - Meningkatkan kualitas pelayanan persalinan dan pascapersalinan yang responsif terhadap isu gender.
      - Mendorong pelaksanaan skrining bayi baru lahir, kunjungan neonatal lengkap, dan pemantauan tumbuh kembang bayi.
      - Memberikan dukungan intervensi gizi dalam program kesehatan anak terintegrasi untuk menangani beban ganda malnutrisi anak, termasuk *stunting* dan obesitas.
   b. **Kesehatan remaja**
      - Mempromosikan pendidikan kesehatan seksual/reproduksi dan perilaku hidup sehat.
      - Menguatkan dukungan kesehatan mental di layanan primer melalui UKM di Puskesmas dan edukasi kesehatan mental kepada masyarakat.
      - Mendorong remaja putri untuk mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD), melakukan skrining anemia, dan mengintervensi remaja anemia.
   c. **Kesehatan dewasa**
      - Melakukan skrining dan deteksi dini Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, PPOK, dan kanker.

- Memastikan fasilitas kesehatan memiliki kemampuan melakukan deteksi dini dan penanganan kondisi kesehatan secara efektif.
- Memberikan edukasi gaya hidup sehat bagi populasi usia dewasa melalui kampanye kesehatan yang melibatkan kolaborasi lintas sektor, untuk menurunkan faktor risiko, seperti merokok, kurang gizi, dan kurang aktivitas fisik.
- Mengembangkan layanan kesehatan kerja terintegrasi di tempat kerja untuk menjaga produktivitas dan kesehatan tenaga kerja.

d. **Kesehatan lansia**
- Mempromosikan lansia sehat, aktif, dan mandiri melalui perawatan geriatri preventif yang komprehensif, termasuk skrining kapasitas fungsional rutin.
- Menyediakan pelatihan dan edukasi bagi anggota keluarga guna membantu memberikan perawatan yang efektif dan penuh kasih.
- Mengelola penyakit kronis secara berkelanjutan pada lansia untuk mempertahankan kemandirian.

e. **Lintas kelompok usia**
- Memperkuat intervensi kesehatan berbasis siklus hidup melalui standarisasi skrining dan tata laksana pengobatan dan pelayanan di semua kelompok usia.
- Melakukan pengelolaan, pencegahan, dan pengurangan dampak akibat penyakit sensitif iklim.
- Memperluas cakupan imunisasi lengkap nasional dengan 14 jenis vaksin wajib.
- Melaksanakan skrining, deteksi dini, pencegahan, dan tata laksana penyakit menular, seperti TBC, HIV, malaria, penyakit tropis terabaikan, dengue, dan hepatitis.
- Mendorong keterlibatan aktif masyarakat dalam rangka penguatan upaya surveilans dan menjaga kualitas kesehatan lingkungan melalui sanitasi layak, air bersih, dan mitigasi polusi udara dalam dan luar ruangan.

**f. Pemeriksaan Kesehatan Gratis**
- Mengadakan pemeriksaan kesehatan gratis secara masif, terintegrasi, dan sistematis secara berkala sesuai siklus hidup.
- Memperluas cakupan penduduk usia bayi, balita, remaja, dewasa, dan lansia yang menerima pemeriksaan kesehatan gratis.
- Mengembangkan sistem data yang terintegrasi untuk seluruh sasaran pemeriksaan kesehatan gratis guna memastikan pencatatan, pelaporan, dan tindak lanjut intervensi dilakukan secara tepat dan berkesinambungan.

**2. Penguatan transformasi layanan primer melalui kolaborasi pentahelix, untuk peningkatan implementasi budaya gaya hidup sehat, antara lain:**

**a. Pendidikan dan kesadaran gaya hidup sehat**
- Meningkatkan literasi kesehatan melalui penyediaan informasi kesehatan yang sederhana, menarik, dan mudah dipahami oleh semua lapisan masyarakat, dengan pemanfaatan media massa, media sosial, dan kanal digital.
- Melakukan promosi kesadaran gaya hidup sehat lintas usia melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) di lingkungan tempat tinggal, sekolah, dan tempat kerja.
- Mengintegrasikan literasi kesehatan ke dalam kurikulum pendidikan dasar hingga menengah yang mencakup gizi seimbang, perilaku hidup bersih dan sehat, pencegahan penyakit dan kekerasan, kesehatan mental, serta kesiapsiagaan bencana.

- Membangun kesadaran masyarakat dalam mewujudkan sanitasi total berbasis masyarakat.

**b. Pemberdayaan masyarakat sebagai penggerak penerapan gaya hidup sehat**

- Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam forum kesehatan, Posyandu, dan kegiatan pemberdayaan lingkungan sehat.
- Mengoptimalkan peran kelompok masyarakat terlatih seperti kader kesehatan, pemimpin komunitas (RT, RW, Kepala Desa), dan tokoh masyarakat dalam menyampaikan edukasi kesehatan.
- Meningkatkan kapasitas dan keterampilan kader kesehatan sebagai penggerak perubahan perilaku di tingkat komunitas.
- Mengembangkan program kesehatan berbasis komunitas secara berkelanjutan, termasuk Posyandu siklus hidup.
- Mendorong pemenuhan standar kabupaten/kota sehat, termasuk kualitas air minum, udara dalam ruang, dan penyediaan fasilitas umum yang mendukung perilaku hidup bersih dan sehat.

**3. Penguatan transformasi layanan primer dan lanjutan serta SDM kesehatan untuk peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan.**

**a. Aksesibilitas layanan**

- Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan di fasilitas kesehatan primer maupun lanjutan sesuai standar.
- Meningkatkan pemerataan rasio fasilitas kesehatan dan tenaga medis maupun kesehatan di seluruh wilayah, termasuk daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan.
- Menyediakan layanan kesehatan bergerak, terutama untuk daerah kepulauan, melalui pengembangan dan penyediaan rumah sakit kapal.
- Mengembangkan sistem rujukan yang efisien dengan prosedur yang jelas, standar nasional, dan terhubung melalui sistem informasi kesehatan terintegrasi antar tingkat layanan.
- Memperluas akses masyarakat ke fasilitas kesehatan sekunder, khususnya layanan kesehatan spesialistik untuk 10 penyakit prioritas dan penyakit beban tinggi seperti kanker, jantung, stroke, uronefrologi, paru-paru, maternal, dan neonatal.
- Mengembangkan sistem layanan gawat darurat yang terpadu dan merata hingga kabupaten/kota.
- Menyediakan program rehabilitasi berkelanjutan, mencakup rehabilitasi fisik, psikologis, dan sosial.
- Mengintegrasikan pengelolaan penyakit kronis secara berkelanjutan antara faskes tingkat primer dan layanan rujukan, termasuk pelaksanaan rujuk balik pasien stabil ke layanan primer.
- Meningkatkan kesiapan fasilitas layanan kesehatan primer menerima pasien rujuk balik melalui pemenuhan SDM, obat, sarana prasarana, dan alat kesehatan sesuai standar.

**b. Kualitas layanan**

- Menyediakan layanan kesehatan bermutu tinggi melalui penerapan standar pelayanan yang jelas dan terukur, didukung oleh SDM Kesehatan kompeten serta fasilitas yang memadai.

- Menerapkan sistem akreditasi sebagai mekanisme peningkatan mutu layanan, keselamatan pasien, dan kepuasan pengguna.
- Meningkatkan kompetensi SDM kesehatan melalui pendidikan berkelanjutan, pelatihan, lokakarya, dan pendidikan jarak jauh.
- Melaksanakan pemetaan kebutuhan SDM kesehatan secara komprehensif di layanan kesehatan berdasarkan standar minimal.
- Merencanakan pemenuhan dan distribusi SDM secara strategis antara pusat dan daerah.
- Mendorong fasilitas kesehatan lanjutan mengimplementasikan program pengendalian resistensi antimikroba.

**c. Keadilan mendapatkan layanan**

- Menjamin akses layanan kesehatan yang adil dan nondiskriminatif terhadap status sosial, gender, kondisi kesehatan, maupun kepemilikan asuransi.
- Mendorong keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan yang merata dan inklusif.
- Mengembangkan program kesehatan khusus bagi kelompok rentan, seperti lanjut usia, anak-anak, penyandang disabilitas, dan masyarakat miskin, di seluruh fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta untuk memastikan mereka memperoleh layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan.

**d. Keterjangkauan biaya layanan**

- Melakukan pengaturan tarif layanan medis, serta mendorong pengendalian harga obat dan alat kesehatan yang terjangkau.
- Meningkatkan cakupan kepesertaan aktif dalam JKN dan memperluas cakupan populasi dengan asuransi kesehatan swasta lainnya untuk memperkuat perlindungan finansial dari biaya layanan kesehatan.
- Memberikan subsidi layanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan kelompok rentan melalui optimalisasi skema JKN dan skema perlindungan lainnya.

**4. Penguatan transformasi sistem ketahanan kesehatan untuk mengantisipasi dan menghadapi ancaman kesehatan.**

**a. Upaya surveilans dengan sistem terintegrasi dan berbasiskan pemberdayaan masyarakat**

- Memperkuat sistem surveilans melalui integrasi jaringan surveilans penyakit menular, tidak menular, dan ancaman kesehatan baru lainnya dari tingkat nasional hingga kabupaten/kota, termasuk melalui peningkatan kapasitas laboratorium kesehatan masyarakat dan balai kekarantinaan kesehatan.
- Memperkuat deteksi dini penyakit dan faktor risiko melalui kolaborasi lintas sektor dan pemanfaatan data yang cepat dan akurat.
- Mengembangkan sistem pemantauan kesehatan *real-time* melalui pemanfaatan teknologi digital, seperti *Big Data*, *Artificial Intelligence* (AI), dan *Machine Learning*.
- Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam sistem surveilans, melalui program kesehatan berbasis komunitas, seperti Posyandu dan kader kesehatan, yang didukung dengan pembinaan teknis oleh SDM kesehatan.
- Meningkatkan kapasitas daerah dalam penanggulangan krisis kesehatan dan gawat darurat terpadu, termasuk melalui pembentukan tenaga cadangan kesehatan yang dapat dimobilisasi saat terjadi krisis.
- Meningkatkan kapasitas adaptasi sektor kesehatan terhadap dampak perubahan iklim.

- Meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan melalui penguatan upaya sanitasi total berbasis masyarakat, akses air bersih, pengendalian limbah, serta mitigasi polusi udara luar dan dalam ruangan.

**b. Penguatan rantai pasok alat kesehatan, vaksin dan obat-obatan**

- Meningkatkan kapasitas produksi dalam negeri untuk alat kesehatan, vaksin, dan obat-obatan melalui penguatan industri kesehatan domestik.
- Mendorong investasi penelitian, pengembangan, dan produksi alat kesehatan, vaksin, dan obat dalam negeri.
- Mengembangkan sistem rantai pasok logistik kesehatan yang tangguh, adaptif, dan mampu tetap beroperasi saat krisis kesehatan dan situasi darurat.
- Memastikan distribusi alat kesehatan, vaksin, dan obat-obatan yang merata dan berkelanjutan di seluruh wilayah.
- Membangun kemitraan strategis antara pemerintah, sektor swasta, dan akademisi untuk mendorong inovasi dan memperkuat sistem ketahanan kesehatan.

**c. Kerja Sama Internasional dan Pertukaran Informasi**

- Membangun kolaborasi erat dengan organisasi kesehatan internasional, seperti WHO, CDC, dan badan global lainnya dalam pertukaran informasi lintas negara serta penguatan sistem kewaspadaan dini dan respons terhadap ancaman kesehatan global.
- Meningkatkan kapasitas diplomasi kesehatan dan peran strategis Indonesia di tingkat internasional dalam penanganan isu kesehatan global.
- Memperkuat kapasitas nasional dalam pencegahan, deteksi, dan respons terhadap ancaman kesehatan masyarakat, baik dari dalam negeri maupun lintas batas negara.

**5. Penguatan transformasi pendanaan kesehatan dan tata kelola pemerintahan sektor kesehatan untuk mencapai target pembangunan kesehatan.**

**a. Anggaran berbasis kinerja *(performance-based budgeting*)**

- Mendorong penerapan sistem anggaran berbasis kinerja yang menghubungkan *input* pendanaan dengan indikator *output* dan *outcome* kesehatan secara jelas, terstruktur, dan logis.
- Melakukan rasionalisasi alokasi belanja kesehatan (barang/jasa, modal, dan operasional) berdasarkan capaian indikator program.
- Mengoptimalkan bauran pendanaan kesehatan dari berbagai sumber, seperti APBN, dana transfer ke daerah, dan pendapatan asli APBD untuk meningkatkan efisiensi fiskal.
- Menetapkan mekanisme evaluasi dan pelaporan kinerja pendanaan secara berkala untuk menilai efektivitas penggunaan dana terhadap dampak kesehatan masyarakat dan mendorong peningkatan efisiensi penggunaan anggaran.

**b. Pemerataan distribusi pendanaan**

- Mengalokasikan dana kesehatan secara adil untuk mengatasi kesenjangan wilayah dalam akses layanan dasar, kapasitas fiskal daerah, dan capaian indikator kesehatan.
- Memprioritaskan pendanaan untuk daerah 3T (Tertinggal, Terdepan, Terluar) serta daerah dengan sosio-ekonomi rendah dan kapasitas fiskal terbatas.
- Mendorong adanya skema insentif untuk daerah yang berhasil meningkatkan capaian indikator kesehatan, guna meningkatkan inovasi dan upaya daerah dalam peningkatan layanan kesehatan.

c. **Inovasi skema pendanaan kesehatan**
   - Mengembangkan alternatif skema pendanaan kesehatan, seperti Kemitraan Pemerintah-Swasta (KPS) dan investasi swasta, terutama untuk mendukung pengembangan SDM kesehatan, fasilitas layanan kesehatan, teknologi medis, serta industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.
   - Mendorong pemanfaatan pinjaman luar negeri dan hibah, terutama untuk mendukung proyek strategis kesehatan, seperti pemerataan akses layanan kesehatan, pengembangan infrastruktur layanan kesehatan, pemenuhan alat kesehatan esensial, penguatan laboratorium, penanggulangan penyakit prioritas, pendidikan dan pelatihan SDM kesehatan, pengembangan sistem informasi kesehatan, serta penelitian dan inovasi kesehatan.

d. **Harmonisasi pusat–daerah terkait arah kebijakan dan strategi kesehatan**
   - Menjamin keselarasan arah kebijakan dan strategi kesehatan antara pemerintah pusat dan daerah.
   - Meningkatkan kapasitas daerah dalam menyusun kebijakan berbasis data dan bukti, selaras dengan kerangka pembangunan kesehatan nasional.

**6. Penguatan transformasi teknologi kesehatan untuk meningkatkan inovasi layanan kesehatan yang efisien, terjangkau dan inklusif.**

a. **Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN)**
   - Mewujudkan platform digital kesehatan nasional yang komprehensif dan terintegrasi, termasuk menghubungkan data rekam medis elektronik dari seluruh fasilitas kesehatan dan program UKM.
   - Memastikan interoperabilitas terstandar antar sistem informasi kesehatan, baik lintas platform maupun antar fasilitas kesehatan.
   - Memastikan keamanan dan privasi data pasien melalui penerapan standar perlindungan data yang ketat dan pengawasan berkelanjutan.
   - Mendorong adopsi pencatatan dan pelaporan elektronik di seluruh fasilitas layanan kesehatan untuk meningkatkan akurasi data, efisiensi pelaporan, dan mendukung kebijakan berbasis bukti.
   - Mendorong peningkatan kapasitas SDM di tingkat pusat, daerah, dan fasilitas kesehatan dalam mendukung implementasi SIKN.

b. **Layanan Kesehatan Berbasiskan Teknologi**
   - Mendorong pertumbuhan ekosistem layanan telemedisin di sektor publik dan swasta melalui penguatan regulasi dan standarisasi mutu layanan.
   - Mengoptimalkan platform digital terintegrasi untuk pelaksanaan program UKM di Puskesmas dan jaringannya, termasuk imunisasi, surveilans penyakit, dan manajemen penyakit kronis berbasis data.
   - Memperluas jangkauan layanan digital ke wilayah terpencil, guna meningkatkan pemerataan akses layanan kesehatan, serta memastikan respons terhadap kondisi dan kebutuhan kesehatan masyarakat.
   - Meningkatkan kapasitas pemantauan intervensi secara *real-time* dan pengambilan keputusan berbasis data melalui sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dan interoperabel.
   - Mendorong penguatan dan pengembangan inisiatif kesehatan berbasis genomik, seperti BGSi, untuk memperluas penerapan kedokteran presisi, meningkatkan deteksi dini penyakit, serta memperkuat respons terhadap penyakit prioritas.

- Mengintegrasikan platform bioteknologi nasional dan sistem bioinformatika dengan sistem kesehatan digital nasional, guna mendukung pelayanan klinis, riset kesehatan, dan kebijakan berbasis data genomik secara berkelanjutan.

**c. Riset dan uji klinis**

- Menyusun agenda riset nasional dan uji klinis, yang memprioritaskan pemutakhiran tatalaksana medis, vaksin, dan obat-obatan untuk berbagai penyakit akibat sensitif iklim dan beban tertinggi di Indonesia
- Memperkuat kolaborasi lintas sektor antara pemerintah, lembaga penelitian, universitas, dan industri farmasi untuk mempercepat inovasi layanan kesehatan.
- Mengintegrasikan pendekatan *Health Technology Assessment (HTA)* dalam proses pengambilan kebijakan untuk menjamin efisiensi, efektivitas, dan keberlanjutan intervensi kesehatan.

**7. Peningkatan tata kelola Kementerian Kesehatan untuk mendukung terwujudnya transformasi kesehatan**

**a. Penguatan reformasi birokrasi**

- Membangun budaya kerja yang adaptif, berintegritas, dan berorientasi hasil.
- Memperkuat struktur organisasi dan memperjelas fungsi kelembagaan Kementerian Kesehatan.
- Menyederhanakan proses bisnis dan prosedur pelayanan.
- Memperkuat sistem manajemen SDM dengan meningkatkan kompetensi, profesionalisme, dan dedikasi aparatur.
- Memperkuat sistem pengawasan internal dengan memastikan akuntabilitas kinerja dan keuangan, sejalan dengan prinsip *good public governance* dan penguatan fungsi *Internal Transformation Office (ITO)*.
- Meningkatkan akuntabilitas kinerja dengan mengukur dan meningkatkan kinerja Kementerian Kesehatan.
- Meningkatkan kualitas pelayanan publik dengan meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

**b. Perubahan budaya kerja**

- Membentuk budaya kerja berlandaskan nilai ASN BerAKHLAK (berorientasi pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, loyal, adaptif, kolaboratif).
- Mendorong internalisasi budaya kerja baru melalui tiga nilai utama: eksekusi efektif, cara kerja baru, dan pelayanan unggul.
- Meningkatkan digitalisasi pada seluruh proses bisnis Kementerian Kesehatan, termasuk layanan publik.
- Menerapkan *Kemenkes 6-step execution model* untuk memastikan efektivitas eksekusi dalam organisasi.
- Menjadikan perubahan budaya organisasi sebagai transformasi gaya hidup individunya melalui penanaman nilai dan prinsip yang berkelanjutan.
- Membangun lingkungan kerja yang sehat, terbuka, dan produktif.
- Menyusun dan menerapkan SOP kerja yang efektif, sistematis, serta mengembangkan janji layanan untuk meningkatkan akuntabilitas pelayanan.
- Menyusun dan menerapkan regulasi terkait standar pelayanan internal maupun eksternal Kementerian Kesehatan dengan mekanisme *reward* and *punishment*.
- Mengembangkan *agenda setting* berbasis data dan memperkuat monitoring pelaksanaan kebijakan secara *real-time.*

**c. Peningkatan mutu SDM Kemenkes**

- Mengembangkan sistem manajemen talenta untuk menarik, mengembangkan, dan mempertahankan talenta terbaik yang menjunjung core values BERAKHLAK guna mendukung pencapaian tujuan strategis Kementerian Kesehatan.
- Mengimplementasikan sistem manajemen talenta untuk mendukung rekrutmen, penempatan, suksesi, dan pengembangan karir yang adil dan berbasis kinerja.
- Membangun lingkungan kerja berbasis meritokrasi melalui integrasi sistem talenta dengan promosi berbasis kompetensi.
- Meningkatkan kapasitas SDM secara berkelanjutan melalui penguatan dan pelaksanaan *Kemenkes Corporate University* dengan pendekatan pembelajaran yang mutakhir, terintegrasi, dan berbasis kebutuhan sektor kesehatan.
- Melakukan percepatan pengembangan kompetensi SDM melalui pemberian beasiswa (termasuk pengiriman talenta ke luar negeri) dan mekanisme insentif berbasis prestasi.
- Meningkatkan kualitas dan pengalaman kerja ASN dengan melakukan pemodelan mutasi pejabat dan pegawai antar unit eselon I di lingkungan Kementerian Kesehatan, untuk memperluas keterampilan, meningkatkan motivasi, dan mempercepat pengembangan karier lintas bidang.

**d. Peningkatan kualitas dan sinkronisasi perencanaan dan anggaran pusat dan daerah**

- Memastikan integrasi perencanaan dan penganggaran pusat-daerah berdasarkan target transformasi kesehatan serta indikator kinerja prioritas nasional.
- Meningkatkan keterlibatan pimpinan (Menteri, Eselon I, Eselon II) dan pelaksana kegiatan dalam proses perencanaan dan penganggaran untuk memperkuat akuntabilitas pelaksanaan anggaran.
- Melibatkan secara sistematis seluruh pengelola sumber daya organisasi, termasuk pengelola organisasi, SDM, keuangan, aset, dan teknologi informasi, dalam forum koordinasi perencanaan dan penganggaran.
- Memastikan keselarasan indikator kesehatan antara dokumen perencanaan dan penganggaran di tingkat pusat (RPJMN, RIBK, Renstra) dengan di tingkat daerah (RPJMD, Renstra OPD).
- Mendorong partisipasi aktif Inspektorat Jenderal (APIP) dalam pengawasan proses perencanaan dan pelaksanaan anggaran guna memastikan kepatuhan dan pengendalian internal.
- Memperkuat komitmen daerah melalui alokasi sumber daya yang konsisten dan strategi pembiayaan yang adil dan efisien.
- Melakukan monitoring dan evaluasi keselarasan anggaran terhadap hasil capaian indikator.

## 3.3 Kerangka Regulasi

Regulasi di bidang kesehatan didasarkan pada landasan filosofis bahwa kesehatan sebagai hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan tujuan negara sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dengan demikian, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip kesejahteraan, pemerataan, non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan, yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Tantangan terbesar dalam pencapaian pembangunan kesehatan nasional mengalami disrupsi besar-besaran dalam skala global dengan kejadian pandemi *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) yang dimulai pada tahun 2020. Pandemi COVID-19 yang berdampak luas terhadap seluruh tatanan masyarakat telah memberi beban tambahan dalam upaya peningkatan kualitas Kesehatan masyarakat, sehingga memaksa dunia, termasuk Indonesia untuk melakukan penyesuaian terhadap kondisi tersebut.

Pandemi membawa kesadaran pentingnya penguatan sistem kesehatan nasional sehingga perlu dilakukan transformasi masif dan menyeluruh sebagai upaya perbaikan sistem di bidang Kesehatan. Transformasi ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan meningkatkan daya saing bangsa. Berdasarkan identifikasi berbagai permasalahan di bidang Kesehatan, transformasi sistem kesehatan menyasar 6 (enam) pilar, yaitu layanan primer, layanan rujukan, sistem ketahanan kesehatan yang mencakup kemandirian farmasi dan alat kesehatan serta ketahanan dalam menghadapi krisis kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, dan teknologi kesehatan.

Implementasi transformasi sistem kesehatan memerlukan landasan regulasi yang kuat dan mendukung untuk mengatasi berbagai permasalahan kesehatan. Berbagai permasalahan krusial di bidang kesehatan, antara lain, pemenuhan jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai dengan rasio standar badan kesehatan dunia (WHO/*World Health Organization*) termasuk tenaga spesialis/subspesialis, pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri, meningkatkan kemandirian farmasi dan alat kesehatan dalam negeri, dan berbagai isu penting lainnya.

Dalam rangka mewujudkan transformasi kesehatan, dilakukan pembenahan regulasi bidang kesehatan. Pembenahan diperlukan diperlukan mengingat sebelumnya struktur peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan sangat kompleks yang berpotensi menimbulkan tumpang tindih atau disharmonisasi antar peraturan perundang-undangan. Pembenahan regulasi dilakukan melalui penyederhanaan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan, yang dimulai dengan menghimpun sejumlah Undang-Undang di bidang kesehatan dengan menggunakan metode *omnibus law* ke dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memuat substansi yang mendukung penyelenggaraan transformasi sistem kesehatan, antara lain:

1. Penguatan tugas dan tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan upaya kesehatan termasuk penyediaan sumber daya kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan;
2. Sinkronisasi pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat;

3. Penguatan penyelenggaraan upaya kesehatan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif, penyelenggaraan upaya kesehatan yang dilakukan secara terintegrasi, pemerataan terhadap aksesibilitas pelayanan kesehatan, percepatan pengadaan tenaga medis dan tenaga kesehatan, serta pemanfaatan teknologi informasi serta komunikasi;
4. Penguatan pelayanan kesehatan primer dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif, memberikan layanan yang berfokus ke pasien berdasarkan siklus kehidupan manusia, meningkatkan layanan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan serta masyarakat rentan, dan membangun sistem laboratorium kesehatan masyarakat yang berjenjang;
5. Pemerataan fasilitas pelayanan kesehatan untuk kemudahan akses bagi masyarakat melalui pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut oleh pemerintah maupun masyarakat dan swasta, termasuk pemenuhan infrastruktur, sumber daya manusia, dan sarana prasarana, kompetensi layanan melalui jejaring pengampuan layanan, integrasi pelayanan kesehatan perorangan maupun pelayanan kesehatan masyarakat terutama penguatan upaya kesehatan promotif dan preventif oleh fasilitas pelayanan kesehatan, pemanfaatan teknologi dan informasi melalui pelayanan tele kesehatan dan telemedisin, serta pelayanan kesehatan dalam rangka upaya penanggulangan kejadian luar biasa atau wabah, dan pengembangan pusat layanan unggulan berstandar internasional;
6. Penyediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan melalui kemudahan dalam proses pendidikan spesialis/subspesialis, penyederhanaan proses registrasi dan perizinan, kemudahan evaluasi kompetensi bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara indonesia lulusan luar negeri (diaspora), pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan pada masa tanggap darurat, serta penguatan kelembagaan dalam rangka menjaga mutu dan kompetensi tenaga kesehatan dalam rangka melindungi masyarakat;
7. Penguatan peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan perbekalan kesehatan;
8. Penguatan ketahanan Farmasi dan alat kesehatan melalui penyelenggaraan rantai pasok dari hulu hingga hilir antara lain penelitian, pengembangan, dan produksi untuk sediaan farmasi dan alat kesehatan, mendorong penggunaan bahan baku dan sediaan farmasi dan alat kesehatan produksi dalam negeri, serta fasilitasi infrastruktur penelitian, kemudahan perizinan penelitian dan pendukung penelitian, sumber daya manusia, anggaran, regulasi, dan transfer teknologi sediaan farmasi dan alat kesehatan;
9. Penguatan sistem informasi kesehatan termasuk tata kelola untuk menjamin mutu dan keandalan sistem dalam penyelenggaraan upaya kesehatan serta kewenangan pemerintah untuk mengelola dan memanfaatkan data kesehatan;
10. Pemanfaatan teknologi kesehatan termasuk teknologi biomedis untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta pelayanan kesehatan menuju pelayanan kedokteran presisi (*precision medicine*) yang terintegrasi ke dalam sistem informasi kesehatan nasional;
11. Penguatan dalam rangka kedaruratan kesehatan pada tata kelola kewaspadaan, penanggulangan, dan pasca-kejadian luar biasa dan wabah, termasuk pembagian peran dan koordinasi antar pemangku kepentingan terkait dalam surveilans,

pengendalian risiko, penyediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan, komunikasi risiko, serta pemanfaatan teknologi informasi;

12. Penguatan antisipasi kondisi darurat dengan melakukan pendaftaran, pembinaan, dan mobilisasi tenaga cadangan kesehatan;
13. Penguatan pendanaan kesehatan khususnya pemanfaatan pendanaan yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah melalui penyusunan alokasi anggaran pemerintah pusat dan pemerintah daerah berdasarkan prinsip penganggaran berbasis kinerja, penyelenggaraan sistem informasi pendanaan kesehatan, serta menjamin manfaat berbasis kebutuhan dasar kesehatan; dan
14. Koordinasi dan sinkronisasi kebijakan di bidang kesehatan antar kementerian/lembaga dan pihak terkait untuk penguatan sistem Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mencabut 11 (sebelas) Undang-Undang, yaitu Undang-Undang Nomor 419 Tahun 1949 tentang Ordonansi Obat Keras, Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan, dan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Dalam rangka memberikan kepastian hukum, mengimplementasikan transformasi Kesehatan, dan melakukan simplifikasi regulasi ditetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Peraturan Pemerintah memberikan pengaturan, penegasan, dan penjelasan lebih lanjut atas pengaturan mengenai:

1. Penyelenggaraan upaya kesehatan, meliputi kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia, kesehatan penyandang disabilitas, kesehatan reproduksi, keluarga berencana, gizi, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan jiwa, penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular, kesehatan penglihatan dan pendengaran, kesehatan keluarga, kesehatan sekolah, kesehatan kerja, kesehatan olahraga, kesehatan lingkungan, kesehatan matra, kesehatan bencana, pelayanan darah, transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, terapi berbasis sel dan/atau sel punca, serta bedah plastik rekonstruksi dan estetika, pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan rumah tangga, pengamanan makanan dan minuman, pengamanan zat adiktif, pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum, pelayanan kesehatan tradisional, dan upaya kesehatan lainnya;
2. Pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan, meliputi perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, peningkatan mutu, dan pengembangan karier tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan;
3. Fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi jenis, penentuan jumlah dan jenis, perizinan, penyelenggaraan, rekam medis, rahasia kesehatan pasien, puskesmas, rumah sakit, pembinaan dan pengawasan, rumah sakit pendidikan, kompetensi manajemen kesehatan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan, peningkatan mutu pelayanan

kesehatan, dan pengembangan pelayanan kesehatan oleh fasilitas pelayanan kesehatan;

4. Farmasi , alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan, meliputi ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan perbekalan kesehatan, penggolongan obat, obat dengan resep, dan obat tanpa resep, penggolongan obat bahan alam, percepatan pengembangan dan ketahanan industri sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta standar, sistem, dan tata kelola sediaan farmasi, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan lainnya pada kondisi darurat, bencana, kejadian luar biasa, atau wabah;
5. Sistem informasi kesehatan, meliputi penyelenggara, pengelolaan data, informasi, dan indikator kesehatan, pemrosesan data dan informasi kesehatan, sumber daya, keandalan, tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah, dan pengendalian;
6. Penyelenggaraan teknologi kesehatan, meliputi penelitian, pengembangan, dan pengkajian, pelaksanaan inovasi, penilaian, dan pemanfaatan;
7. Penanggulangan kejadian luar biasa dan wabah, meliputi kewaspadaan, penanggulangan, dan kegiatan pasca-kejadian luar biasa, rencana kontijensi penanggulangan wabah, kewaspadaan wabah di pintu masuk, penanggulangan wabah, karantina, pembatasan kegiatan sosial masyarakat, petugas karantina kesehatan, dan pelaksanaan kegiatan pasca-wabah, standar pengelolaan bahan dan agen biologi penyebab penyakit dan/atau masalah kesehatan yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa dan/atau wabah, pencatatan dan pelaporan, dan sanksi administratif;
8. Pendanaan kesehatan, meliputi tujuan, prinsip, sumber, tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam penyediaan dana yang dimanfaatkan untuk upaya kesehatan, penanggulangan bencana, kejadian luar biasa, dan/atau wabah, penguatan sumber daya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, penguatan pengelolaan kesehatan, penelitian, pengembangan, dan inovasi bidang kesehatan, dan program kesehatan strategis lainnya sesuai dengan prioritas pembangunan nasional di sektor kesehatan;
9. Partisipasi masyarakat, meliputi cakupan keikutsertaan masyarakat secara kreatif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, fasilitasi sumber daya kesehatan, dan pengelolaan kesehatan, mekanisme keikutsertaan pada setiap tahapan pembangunan kesehatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, dan pengawasan, serta tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam pelaksanaan partisipasi masyarakat; dan
10. Pembinaan dan pengawasan, meliputi tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan kesehatan, tujuan dan pelaksanaan pembinaan, tujuan dan pelaksanaan pengawasan, serta tenaga pengawas bidang kesehatan.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mendelegasikan pengaturan lebih lanjut pada peraturan perundang-undangan sebagai peraturan pelaksanaan, yang pada pokoknya mencakup upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan.

Selanjutnya, penyusunan regulasi di bidang kesehatan untuk periode tahun 2025-2029 disusun dalam kerangka regulasi. Kerangka Regulasi merupakan perencanaan pembentukan

regulasi yang dibutuhkan oleh kementerian/lembaga dalam rangka memfasilitasi, mendorong dan mengatur perilaku masyarakat dan penyelenggara negara dalam rangka mencapai tujuan bernegara.

Kerangka regulasi disusun dengan:

1. Mempertimbangkan kebutuhan regulasi yang sejalan dengan UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2025-2045, dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2025-2029;
2. Diarahkan untuk memfasilitasi, mendorong dan/atau mengatur perilaku masyarakat dan penyelenggara negara, memuat kebutuhan regulasi, antara lain Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri, dan bentuk regulasi lain yang dibutuhkan, mempertimbangkan asas pembentukan dan asas materi peraturan perundang-undangan yang baik;
3. Disusun berdasarkan hasil identifikasi dan analisis terkait dampak, biaya dan manfaat atas suatu regulasi; dan
4. Berdasarkan hasil analisis atau evaluasi terhadap efektivitas regulasi yang ada.

Kerangka regulasi disusun melalui proses pemetaan yang dilakukan melalui kegiatan:

1. Menyandingkan tujuan dan sasaran strategis dengan amanah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, dan seluruh regulasi eksisting.

   Tujuan dalam rencana strategis yang dijadikan sandingan, terdiri atas:

   a. Tujuan 1, masyarakat sehat di setiap siklus hidup, yang terdiri atas sasaran 2 (dua) sasaran strategis, yaitu:
      1) sasaran strategis 1.1, meningkatnya kualitas pelayanan promotif dan preventif; dan
      2) sasaran strategis 1.2, meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.
   b. Tujuan 2, masyarakat berperilaku hidup sehat, yang terdiri atas 1 (satu) sasaran strategis 2.1, meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat.
   c. Tujuan 3, layanan Kesehatan yg berkualitas, baik, adil dan terjangkau, yang terdiri atas 2(dua) sasaran strategis, yaitu:
      1) sasaran strategis 3.1, meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes; dan
      2) sasaran strategis 3.2, meningkatnya kuantitas dan kualitas SDM kesehatan.
   d. Tujuan 4, sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsif, terdiri atas 1 (satu) sasaran strategis 4.1, meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan.
   e. Tujuan 5, tata kelola dan pendanaan kesehatan yang efektif, terdiri atas 2 (dua) sasaran strategis, yaitu:
      1) sasaran strategis 5.1, meningkatnya keselarasan kebijakan dan prioritas bidang kesehatan antara pemerintah pusat dan daerah; dan
      2) sasaran strategis 5.2, meningkatnya kualitas pendanaan kesehatan yang berkelanjutan.
   f. Tujuan 6, teknologi kesehatan yang maju, terdiri atas 2 (dua) sasaran strategis, yaitu:
      1) sasaran strategis 6.1, menguatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan; dan

2) sasaran strategis 6.2, meningkatnya kuantitas dan kualitas uji klinis.

g. Tujuan 7, Kementerian Kesehatan yang agile, efektif dan efisien, yang terdiri atas 1 (satu) sasaran strategis, yaitu sasaran strategis 7.1, meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan.

2. Melakukan diskusi tematik mencakup pembahasan kebutuhan regulasi disandingkan dengan sasaran strategis.
3. Finalisasi/penyempurnaan hasil pemetaan.

Berdasarkan proses tersebut, diperoleh hasil sebagai berikut:

1. Terdapat 1 (satu) Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Jenis dan Tarif atas Jenis Penerimaan Negara Bukan Pajak yang Berlaku pada Kementerian Kesehatan.
2. Terdapat 5 (lima) Rancangan Peraturan Presiden yang akan disusun berdasarkan amanah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yaitu:
   a. Rancangan Peraturan Presiden tentang Rencana Induk Bidang Kesehatan;
   b. Rancangan Peraturan Presiden tentang Perlindungan Keamanan dan Keselamatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
   c. Rancangan Peraturan Presiden tentang Pendidik Klinis;
   d. Rancangan Peraturan Presiden tentang Tunjangan Khusus Dokter Spesialis di DTPK serta Daerah Kurang Diminati dan Daerah Bermasalah Kesehatan; dan
   e. Rancangan Peraturan Presiden tentang Hak Keuangan dan Fasilitas bagi Anggota KKI.
3. Terdapat 2 (dua) Rancangan Peraturan Presiden di luar amanah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yaitu:
   a. Rancangan Peraturan Presiden tentang Kabupaten/Kota Sehat; dan
   b. Rancangan Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.
4. Rancangan regulasi lain yang akan dilakukan penyelesaian pada tahun 2025-2029 (diuraikan secara rinci dalam matriks kerangka regulasi).

## 3.4 Kerangka Kelembagaan

Untuk mendukung terwujudnya visi, misi, tujuan, strategi, kebijakan, program, dan kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsi Kementerian Kesehatan yang disusun berpedoman pada RPJMN 2025-2029, diperlukan kerangka kelembagaan yang efektif, adaptif, dan kolaboratif. Kerangka kelembagaan dalam hal ini merupakan perangkat struktur organisasi dan ketatalaksanaan yang digunakan untuk mencapai Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan.

Tujuan penyusunan kerangka kelembagaan adalah:

1. Meningkatkan keterkaitan dan koordinasi pelaksanaan RPJMN sesuai dengan visi, misi, tugas dan fungsi Kementerian Kesehatan.
2. Mempertajam arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan sesuai dengan kapasitas organisasi dan dukungan sumber daya aparatur sipil negara.

3. Membangun struktur organisasi yang tepat fungsi dan tepat ukuran, untuk menghindari duplikasi fungsi dan meningkatkan efektivitas dan efisiensi Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan program pembangunan nasional bidang kesehatan.
4. Memperjelas ketatalaksanaan dan meningkatkan profesionalitas sumber daya aparatur sipil negara.

Prinsip penyusunan kerangka kelembagaan adalah:

1. Kerangka kelembagaan disusun dengan mempertimbangkan keterkaitan, kontribusi, dan peran Kementerian/Lembaga dalam pencapaian visi dan agenda pembangunan jangka panjang pada RPJPN, prioritas pembangunan pada RPJMN, dan visi - misi presiden.
2. Kerangka kelembagaan disusun mengacu pada kebijakan pembangunan, kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah, peraturan perundangan-undangan, dan memperhatikan prinsip pengorganisasian yang efektif, efisien dan transparan.
3. Kerangka kelembagaan disusun untuk mampu menopang dan mewujudkan rencana kerja menjadi kenyataan dengan mempertimbangkan:
    a. pencapaian visi dan misi kementerian/Lembaga.
    b. struktur organisasi dan kebutuhan sumber daya yang sesuai dengan kapasitas pengelolaan sumber daya kementerian/lembaga yang bersangkutan.
    c. ketersediaan anggaran untuk kementerian/lembaga yang bersangkutan.
4. Kerangka kelembagaan yang disusun didapatkan dari proses evaluasi terhadap struktur organisasi yang ada saat ini.

Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan telah mengubah arah penyelenggaraan urusan kesehatan, yaitu upaya kesehatan diwujudkan sebagai pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan lanjutan. Keduanya kemudian didukung oleh adanya standar pelayanan, teknologi informasi, dan penyediaan akses ke kedua pelayanan tersebut. Struktur organisasi Kementerian Kesehatan ke depan perlu menyesuaikan diri dengan perubahan arah penyelenggaraan kesehatan ini. Peta mandat bagi Kementerian Kesehatan diperoleh dengan mengidentifikasi berbagai tugas yang disebutkan dalam Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 serta 58 Undang-Undang lainnya, 89 Peraturan Pemerintah, 33 Peraturan Presiden, 10 Instruksi Presiden, 2 Keputusan Presiden, dan 34 Peraturan lainnya setingkat Peraturan Menteri dan Kepala Lembaga.

Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga telah mengamanatkan penyusunan Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK). RIBK memuat indikator sasaran yang bersifat lintas sektor, lintas pusat dan daerah, serta menjangkau *stakeholder* di luar pemerintahan. Urusan pemerintahan di bidang kesehatan merupakan tugas Kementerian Kesehatan, namun demikian pelaksanaan urusan pemerintahan bidang kesehatan tidak hanya dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, tetapi juga melibatkan lintas sektor/pemangku kepentingan/ masyarakat. Pemetaan terhadap peran, kewenangan, dan tanggung jawab Kementerian Kesehatan dalam menjalankan urusan bidang kesehatan perlu dilakukan sebagai dasar untuk menentukan desain organisasi Kementerian Kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan organisasi dalam kerangka pencapaian tujuan dan sasaran pembangunan nasional di bidang kesehatan.

Selanjutnya organisasi Kementerian Kesehatan perlu menguatkan kapasitasnya yang terkait dengan pengaturan, pembinaan, dan pengawasan. Secara proporsional, organisasi Kementerian Kesehatan harus memiliki kapasitas yang baik dalam hal *rowing* maupun *ruling*. Kerangka kelembagaan Kementerian Kesehatan ke depan harus mencerminkan upaya penyediaan akses dan pelayanan kesehatan yang berkualitas, inovatif, dan berbasis teknologi, serta perluasan cakupan pelayanan kesehatan kesehatan, utamanya dalam pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*) melalui upaya promotif dan preventif. Selain itu Kementerian Kesehatan juga memegang peranan penting dalam pembentukan sumber daya manusia yang unggul, pengembangan kewilayahan dalam lingkup kesehatan, dan turut menerapkan tata kelola pemerintahan yang baik.

Mengacu pada RPJPN 2025-2045, kerangka kelembagaan merupakan pendukung pencapaian sasaran Agenda Pembangunan Transformasi Sosial, dimana dalam konteks "kesehatan untuk semua" diarahkan pada inisiatif kelembagaan untuk penguatan peran pemerintah pusat dalam pelayanan kesehatan di daerah kondisi sulit diakses menuju pelayanan kesehatan. Dalam Rancangan RPJMN 2025-2029 kerangka kelembagaan memiliki tujuan untuk mendorong efektivitas kelembagaan melalui peningkatan ketepatan struktur dan proses bisnis organisasi, sehingga pelaksanaan program pembangunan dapat berjalan secara efektif. Kebijakan kerangka kelembagaan mencakup rumusan tugas, fungsi, kewenangan, peran, proses bisnis, dan struktur dari kementerian/lembaga.

Kerangka kelembagaan Kementerian Kesehatan 2025-2029 juga memperhatikan beberapa isu strategis lain, seperti:

1. Ragam karakteristik daerah di Indonesia dari aspek geografis, sosial, budaya hingga ke kapasitas fiskal.
2. Komitmen Indonesia untuk pencapaian target tujuan kesehatan *SDGs* hingga tahun 20230.
3. Penguatan desentralisasi pembangunan, baik di tingkat provinsi, kabupaten/kota hingga ke desa.
4. Arah baru kebijakan reformasi birokrasi, dan lainnya.

Kementerian Kesehatan dikembangkan sebagai organisasi yang tepat fungsi (sesuai amanat peraturan dan arahan strategis), tepat proses (sesuai dengan peta proses bisnis), dan tepat ukuran (sesuai dengan analisis beban kerja), serta dapat bersifat *making delivered* untuk seluruh program kebijakan yang dihasilkan dan menjamin manfaat program dapat dirasakan oleh masyarakat. Penamaan setiap unit yang ada di struktur organisasi Kementerian Kesehatan juga dirancang menjadi istilah yang lebih ringkas, menjelaskan isi organisasi serta menjadi istilah yang jamak di dunia kesehatan secara global.

Kerangka kelembagaan dijabarkan dalam peta proses bisnis Kementerian Kesehatan sebagai keseluruhan alur proses pelaksanaan tugas dan fungsi serta keterlibatan/peran dari lintas program/lintas sektor, pemangku kepentingan, dan masyarakat dalam pelaksanaannya. Proses bisnis Kementerian Kesehatan terbagi dalam:

1. Proses Pendukung, yang mendukung seluruh proses dalam organisasi, yang mencakup:
   a. Penyelenggaraan fungsi dukungan administrasi, manajemen, dan dukungan umum tugas Kemenkes
   b. Penyelenggaraan fungsi pengawasan pelaksanaan tugas unit organisasi.

2. Proses Utama, berhubungan langsung dengan tugas pokok dan fungsi utama organisasi, yang mencakup:
   a. Penyelenggaraan fungsi pengelolaan SDM Kesehatan
   b. Penyelenggaraan fungsi pengelolaan farmasi
   c. Penyelenggaraan fungsi pengelolaan alat kesehatan
   d. Penyelenggaraan fungsi pengelolaan pelayanan kesehatan primer dan komunitas.
   e. Penyelenggaraan fungsi pengelolaan pelayanan kesehatan lanjutan.
   f. Penyelenggaraan fungsi penanggulangan penyakit.
3. Proses Dukungan Lainnya (Substantif), yang memberikan nilai tambah pada pelaksanaan fungsi utama, yang mencakup:
   a. Penyelenggaraan fungsi penguatan kebijakan pembangunan kesehatan
   b. Penyelenggaraan fungsi pengelolaan pembiayaan Kesehatan
   c. Penyelenggaraan fungsi pengelolaan data dan informasi Kesehatan.

Organisasi Kementerian Kesehatan disusun dengan mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 140 Tahun 2024 tentang Organisasi Kementerian Negara. Berdasarkan Peraturan Presiden ini, Kementerian Kesehatan termasuk dalam Kementerian Kelompok II, dengan ketentuan terdiri dari unsur sebagai berikut:

1. Unsur pimpinan : Menteri dan Wakil Menteri
2. Unsur pembantu pimpinan : Sekretariat Jenderal dengan paling banyak terdiri atas 7 Biro
3. Unsur pelaksana : Direktorat Jenderal yang terdiri atas 1 Sekretariat dan paling banyak 5 Direktorat
4. Unsur pengawas : Inspektorat Jenderal yang terdiri atas 1 Sekretariat dan paling banyak 5 Inspektorat
5. Unsur pendukung : Badan yang terdiri atas 1 Sekretariat dan paling banyak 4 Pusat, dan Pusat di bawah Menteri sesuai dengan kebutuhan

Kerangka lingkup tugas Kementerian Kesehatan adalah menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara. Dalam pelaksanaan tugas tersebut, fungsi Kementerian Kesehatan mencakup beberapa hal berikut:

1. perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan primer dan komunitas, penanggulangan penyakit, kesehatan lanjutan, farmasi, alat kesehatan, dan sumber daya manusia kesehatan;
2. pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan Kementerian di daerah;
3. koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan, dan pemberian dukungan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian;
4. pengelolaan barang milik/ kekayaan negara yang menjadi tanggung jawab Kementerian;
5. pengawasan atas pelaksanaan tugas di lingkungan Kementerian;
6. perumusan dan pemberian rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan;
7. pelaksanaan dukungan yang bersifat substantif kepada seluruh unsur di lingkungan Kementerian; dan
8. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Presiden.

Menteri Kesehatan dibantu oleh Wakil Menteri yang secara umum mempunyai tugas untuk membantu Menteri Kesehatan dalam memimpin pelaksanaan tugas Kementerian Kesehatan. Di bawah Menteri dan Wakil Menteri, organisasi Kementerian Kesehatan terbagi menjadi 8 Unit Eselon I. Setiap unit ini akan menjalankan tugas dan fungsi Kementerian Kesehatan.

Unit Eselon I dalam organisasi Kementerian Kesehatan terdiri atas:

1. Sekretariat Jenderal, dengan tugas menyelenggarakan koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan, dan pemberian dukungan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan
2. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas, dengan tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan primer dan komunitas.
3. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, dengan tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang penanggulangan penyakit.
4. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, dengan tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan lanjutan.
5. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan, dengan tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan farmasi dan alat kesehatan.
6. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan, dengan tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.
7. Inspektorat Jenderal dengan tugas menyelenggarakan pengawasan intern di lingkungan Kementerian Kesehatan
8. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, dengan tugas melaksanakan perumusan dan pemberian rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan

Organisasi Kementerian Kesehatan juga memiliki perangkat Staf Ahli, dengan tugas memberikan rekomendasi terhadap isu-isu strategis kepada Menteri dan Wakil Menteri. Staf Ahli tersebut terdiri dari:

1. Staf Ahli Bidang Ekonomi Kesehatan
2. Staf Ahli Bidang Teknologi Kesehatan
3. Staf Ahli Bidang Hukum Kesehatan
4. Staf Ahli Bidang Politik dan Globalisasi Kesehatan

Komponen berikutnya dalam organisasi Kementerian Kesehatan adalah Pusat di bawah Menteri, dengan tugas memberikan dukungan substantif sesuai dengan fungsi terkait:

1. Pengelolaan sistem informasi kesehatan
2. Peningkatan sistem dan strategi kesehatan
3. Peningkatan kompetensi SDM Kementerian Kesehatan
4. Pengelolaan pembiayaan kesehatan
5. Pengelolaan dukungan substantif dalam penyelenggaraan layanan kesehatan

# BAB 4 TARGET KINERJA DAN KERANGKA PENDANAAN

## 4.1 Target Kinerja

Dalam rangka mewujudkan visi dan misi Presiden serta mendukung kebijakan nasional, Kementerian Kesehatan dalam Renstranya telah menyusun kebijakan dan strategi hingga 2024. Kebijakan dan strategi ini menjadi acuan dalam menyusun program Kementerian Kesehatan hingga 2024, yang merupakan operasionalisasi dari tujuan dan sasaran strategis Kementerian Kesehatan yang sudah disusun sebelumnya. Kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan dirumuskan sebagai perwujudan dari transformasi kesehatan yang mencakup transformasi enam pilar pada (1) pelayanan kesehatan primer, (2) pelayanan kesehatan rujukan, (3) sistem ketahanan kesehatan, (4) pembiayaan kesehatan, (5) SDM kesehatan, dan (6) teknologi kesehatan. Target kinerja Kementerian Kesehatan hingga 2029 akan menjadi acuan dalam menghadapi tantangan kesehatan yang sangat dinamis.

# Matriks Kinerja dan Pendanaan Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029

| Program/ Kegiatan | Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator | Lokasi | Target | | | | | Alokasi (dalam juta rupiah) | | | | | Unit Organisasi Pelaksana |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | |
| **KEMENTERIAN KESEHATAN** | | | | | | | | **107.250.737** | **109.485.396** | **108.300.941** | **112.617.616** | **115.462.023** | |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan promotif dan preventif** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 1: Angka Kematian Ibu | | 122 per 100.000 kelahiran hidup | 109 per 100.000 kelahiran hidup | 97 per 100.000 kelahiran hidup | 86 per 100.000 kelahiran hidup | 77 per 100.000 kelahiran hidup | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | ISS 2: Angka Kematian Balita | | 15 per 1.000 kelahiran hidup | 13,8 per 1.000 kelahiran hidup | 13,1 per 1.000 kelahiran hidup | 12,5 per 1.000 kelahiran hidup | 11,9 per 1.000 kelahiran hidup | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | ISS 3: Prevalensi Stunting (Pendek dan Sangat Pendek) | | 18,8% | 17,5% | 16,3% | 15,2% | 14,2% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | ISS 4 : Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60) | | 13,9 tahun | 14 tahun | 14,1 tahun | 14,2 tahun | 14,2 tahun | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | ISS 5: Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (persen) | | 36% | 46% | 55% | 61% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 6: Kabupaten/kota yang mencapai target kekebalan kelompok | | 30% | 38% | 48% | 55% | 60% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | ISS 7: Prevalensi Depresi di umur ≥ 15 tahun | | 1,4% | 1,4% | 1,4% | 1,4% | 1,4% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ISS 8: Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular (PTM) | | 50% | 52% | 54% | 56% | 58% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | ISS 9: Angka Populasi Bebas Penyakit Menular | | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya kualitas budaya hidup kesehatan masyarakat** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 10: Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan cukup | | 38,3% | 40,3% | 42,3% | 44,3% | 46,3% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | ISS 11: Proporsi penduduk dengan aktivitas fisik cukup | | 65% | 68% | 71% | 75% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | ISS 12: Kabupaten/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (* Indikator KP) | | 30 Kab/Kota | 60 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | ISS 13: Prevalensi obesitas >18 tahun (*Indikator PP) | | 23,4% | 23,4% | 23,4% | 23,4% | 23,4% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Strategis:Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 14: Persentase kabupaten/kota dengan Fasilitas Kesehatan sesuai standar | | 85% | 87% | 89% | 91% | 92% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | ISS 15: Proporsi faskes dengan perbekalan kesehatan sesuai standar | | 83% | 86% | 89% | 92% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | ISS 16: Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna | | 33% | 36,5% | 44% | 62,5% | 75,5% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | ISS 17: Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan | | 77% | 78% | 79% | 79.5% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | ISS 18: Persentase belanja kesehatan *out of pocket* | | 28% | 27% | 26% | 25% | 24% | | | | | | Sekretariat Jenderal |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ISS 19: Persentase masyarakat memiliki asuransi kesehatan aktif | | 79,5% | 82% | 84,5% | 87% | 90% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya kuantitas dan kualitas SDM kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 20: Rasio tenaga kesehatan dan tenaga medis terhadap populasi | | 5,3 : 1000 | 5,3 : 1000 | 5,4 : 1000 | 5,4 : 1000 | 5,5 : 1000 | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 21: Proporsi jenis obat (termasuk vaksin dan produk biologi) yang dapat diproduksi dalam negeri | | 50% | 58% | 65% | 73% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | ISS 22: Proporsi jenis alkes yang dapat diproduksi dalam negeri | | 60% | 61% | 64% | 67% | 75% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | ISS 23: Indeks Alat Kesehatan memenuhi Standar | | 89% | 90% | 92% | 93% | 94% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | ISS 24: Nilai Kapasitas IHR dalam JEE | | 61% | 64% | 67% | 69% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | ISS 25: Kabupaten/ Kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan | | 50 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | 250 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya keselarasan kebijakan dan prioritas bidang kesehatan antara pemerintah pusat dan daerah** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 26: Persentase Provinsi dan kabupaten/kota yang menyelaraskan perencanaan pembangunan dan mencapai target tahunan pembangunan | | 20% | 35% | 50% | 65% | 75% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya kualitas pendanaan kesehatan yang berkelanjutan** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ISS 27: Rasio belanja kesehatan per kapita terhadap HALE | | 2,2 | 2,4 | 2,6 | 2,8 | 3 | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| | ISS 28: Skala investasi di sektor kesehatan (USD) | | 0,7M | 0,9M | 1,2M | 1,4M | 1,8M | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 29: Persentase fasilitas kesehatan yang terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan nasional (SIKN) | | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | ISS 30: Proporsi populasi yang menggunakan SIKN | | 3% | 6% | 9% | 12% | 16% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya kuantitas dan kualitas uji klinis** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 31: Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan | | 100% | 200% | 300% | 400% | 500% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | ISS 32: Peningkatan kapabilitas riset kesehatan di Indonesia | | 8% | 9% | 10% | 11% | 12% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Sasaran Strategis: Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | ISS 33: Indeks tata kelola pemerintahan yang baik | | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | ISS 34: Nilai *Good Public Governance* (GPG) Kementerian Kesehatan | | 76 | 76 | 76 | 82 | 82 | | | | | | Inspektorat Jenderal |
| **1.** | **Program Pelayanan Kesehatan Primer** | | | | | | | **11.838.729** | **12.401.346** | **12.243.332** | **12.124.231** | **12.954.432** | |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya kualitas layanan kesehatan ibu, anak, usia dewasa dan lansia** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 1.1. Persentase Anemia pada ibu hamil | | 26% | 25% | 24% | 22% | 20% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 1.2. Cakupan kunjungan nifas (KF) lengkap sesuai standar | | 35% | 45% | 55% | 70% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKP 1.3. Persentase ibu hamil mendapatkan skrining preeklampsia | | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 2.1. Angka Kematian Neonatal | | 9,2 per 1.000 kelahiran hidup | 8,4 per 1.000 kelahiran hidup | 8 per 1.000 kelahiran hidup | 7,6 per 1.000 kelahiran hidup | 7,2 per 1.000 kelahiran hidup | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 2.2. Angka Kematian Bayi | | 12,62 per 1.000 kelahiran hidup | 11,63 per 1.000 kelahiran hidup | 10,97 per 1.000 kelahiran hidup | 10,46 per 1.000 kelahiran hidup | 9,96 per 1.000 kelahiran hidup | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 3.1. Prevalensi *wasting* (Gizi Kurang dan Gizi Buruk) pada balita | | 8% | 7,5% | 7% | 6,5% | 5% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 3.2. Insiden stunting balita (kasus baru) | | 3 | 2,3 | 1,7 | 1,3 | 1 | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 3.3. Persentase bayi usia 6 bulan mendapat ASI eksklusif | | 61% | 64% | 67% | 70% | 73% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 3.4. Persentase anak usia 6 - 23 bulan mendapat MPASI | | 73% | 76% | 79% | 82% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 3.5. Persentase Ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) | | 15% | 13% | 12% | 11% | 10% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 4.1 Persentase lanjut usia yang mandiri | | 75% | 77% | 79% | 81% | 83% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 4.2. Persentase pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan kerja | | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya proporsi kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining penyakit tidak menular prioritas** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 4.3 Kab/Kota menyelenggarakan skrining penyakit tidak menular prioritas | | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKP 5.1. Persentase Kab/Kota dengan cakupan pemeriksaan kesehatan gratis >80% | | 40% | 60% | 70% | 80% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | **Sasaran Program : Tercapainya imunisasi lengkap pada populasi** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 6.1. Cakupan imunisasi bayi lengkap | | 80% | 85% | 90% | 93% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKP 6.2. Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target | | 74% | 78% | 82% | 86% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan Jiwa** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 7.1. Persentase depresi yang mendapatkan layanan | | 5% | 10% | 15% | 20% | 25% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 7.2. Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan | | 70% | 73% | 76% | 80% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 7.3. Persentase perempuan dan anak korban kekerasan mendapat pelayanan kesehatan | | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 7.4. Jumlah Kab/Kota tersertifikasi bebas pasung | | 20 Kab/Kota | 40 Kab/Kota | 80 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 300 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya jumlah penyalahguna NAPZA yang mendapat rehabiitasi medis** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 7.5 Persentase orang dengan gangguan penggunaan NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL | | 5% | 10% | 20% | 25% | 30% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya pengendalian penyakit dan faktor risiko penyakit tidak menular** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 8.1. Persentase Hipertensi dalam Pengendalian | | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKP 8.2. Persentase Diabetes dalam | | 15% | 17,50% | 20% | 22,50% | 25% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pengendalian | | | | | | | | | | | | Penyakit |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya tatalaksana penyakit kanker** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 8.3. Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher rahim | | 30 Kab/Kota | 50 Kab/Kota | 70 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 125 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKP 8.4. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan penanggulangan kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara) | | 103 Kab/Kota | 180 Kab/Kota | 257 Kab/Kota | 334 Kab/Kota | 411 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Menurunnya proporsi perokok usia 10-21 tahun** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 8.5. Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun | | 12.4% | 11,4% | 10,4% | 9,4% | 8,4% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya produk pangan olahan yang beredar di masyarakat memenuhi batas maksimum kandungan Gula Garam Lemak (GGL)** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 8.6. Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan | | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya skrining kolesterol di Puskesmas** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 8.7. Kab/Kota yang menyelenggarakan skrining kolesterol (risiko stroke) pada 80% Puskesmas | | 50 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | 257 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya kesehatan jamaah haji** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 8.8. Persentase jemaah haji yang dilakukan kegiatan surveilans kesehatan | | 35% | 42% | 49% | 56% | 63% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | **Sasaran Program : Menurunnya insiden penyakit menular** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 9.1. Insidensi Tuberkulosis | | 329 per 100.000 penduduk | 252 per 100.000 penduduk | 231 per 100.000 penduduk | 211 per 100.000 penduduk | 190 per 100.000 penduduk | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKP 9.2. Insidensi HIV | | 0,09 per 1.000 | 0,08 per 1.000 | 0,07 per 1.000 | 0,07 per 1.000 | 0,06 per 1.000 | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | penduduk | penduduk | penduduk | penduduk | penduduk | | | | | | Penyakit |
| | IKP 9.3. Insidensi Hepatitis B | | 23 Per 100.000 penduduk | 20 Per 100.000 penduduk | 15 Per 100.000 penduduk | 10 Per 100.000 penduduk | 5 Per 100.000 penduduk | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Eliminasi penyakit menular** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 9.4 Kab/Kota dengan eliminasi malaria | | 425 Kab/Kota | 440 Kab/Kota | 460 Kab/Kota | 480 Kab/Kota | 500 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKP 9.5. Kab/Kota dengan eliminasi *Neglected Tropical Diseases* (NTD) | | 349 Kab/Kota | 438 Kab/Kota | 471 Kab/Kota | 486 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKP 9.6. Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi | | 18% | 21% | 24% | 26% | 28% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKP 9.7. Kab/Kota dengan eliminasi kusta | | 11 Kab/Kota | 19 Kab/Kota | 27 Kab/Kota | 35 Kab/Kota | 42 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKP 9.8. Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies | | 430 Kab/Kota | 440 Kab/Kota | 460 Kab/Kota | 485 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Menurunnya kematian akibat penyakit menular** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 9.9. Penurunan angka kematian dengue | | 0,5% | 0,4% | 0,3% | 0,2% | 0,1% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya masyarakat yang berperilaku hidup sehat** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 10.1. Persentase penduduk menerapkan perilaku hidup sehat | | 15% | 17% | 21% | 23% | 25% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 11.1 Persentase Kab/Kota memiliki kebijakan meningkatkan aktivitas fisik | | 50% | 60% | 60% | 75% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | **Sasaran Program : Menurunnya proporsi obesitas di kabupaten/kota** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 13.1. Kab/Kota yang memiliki persentase obesitas <23,4% | | 262 Kab/Kota | 279 Kab/Kota | 297 Kab/Kota | 314 Kab/Kota | 349 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan primer** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKP 14.3 Persentase puskesmas yang memenuhi rasio puskesmas terhadap populasi | | 60% | 65% | 70% | 75% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 14.4. Persentase fasilitas kesehatan yang memenuhi standar penyandang disabilitas | | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 14.5 Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 2-5 yang dikembangkan sesuai standar berdasarkan stratanya | | 30% | 70% | 90% | 95% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 14.6 Persentase Kab/Kota yang memiliki min 80% PKM sesuai standar SPA | | 40% | 50% | 60% | 75% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 16.1. Persentase Labkesmas yang terakreditasi | | 9% | 26% | 50% | 75% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 16.2. Persentase Puskesmas yang terakreditasi paripurna | | 28% | 28% | 28% | 50% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | IKP 17.1. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan primer | | 77% | 78% | 79% | 80% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| **2.** | **Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan** | | | | | | | **15.539.217** | **15.659.889** | **12.133.500** | **13.296.811** | **12.367.976** | |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya kualitas layanan obstetric di RS** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 1.4 Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsi & pendarahan postpartum) < 1% | | 25% | 35% | 55% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKP 14.1. Persentase faskes lanjutan dengan SPA kesehatan sesuai standar | | 45% | 60% | 70% | 75% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | IKP 14.2. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi | | 1,5 per 1.000 penduduk | 1,62 per 1.000 penduduk | 1,75 per 1.000 penduduk | 1,87 per 1.000 penduduk | 2 per 1.000 penduduk | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | IKP 16.3. Persentase faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas | | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | IKP 16.4. Persentase RS Pemerintah terakreditasi paripurna | | 38% | 45% | 60% | 75% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | IKP 16.5 Persentase Kab/Kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas | | 25% | 40% | 60% | 80% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | IKP 16.6. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar | | 10% | 15% | 30% | 45% | 60% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | IKP 16.7. Persentase Kab/Kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center | | 18% | 30% | 45% | 60% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | IKP 17.2. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan | | 77% | 78% | 79% | 79,5% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya layanan berbasis kedokteran presisi** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 31.1. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi | | 4 | 7 | 10 | 13 | 15 | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | **Sasaran Program : Meningkatnya kapabilitas riset di RS** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 32.2. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan | | 21 | 29 | 47 | 87 | 174 | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | hasil riset translasional | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 32.3 Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP | | 3 RS | 6 RS | 9 RS | 12 RS | 25 RS | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| **3. Program Sistem Ketahanan Kesehatan** | | | | | | | | **18.570.907** | **18.502.906** | **19.503.651** | **21.253.573** | **22.629.497** | |
| | **3.1 Meningkatnya Desa/Kelurahan yang menerapkan lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) secara berkelanjutan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 12.1 Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat | | 11.000 desa/ kelurahan | 16.000 desa/ kelurahan | 21.000 desa/ kelurahan | 30.000 desa/ kelurahan | 41.500 desa/ kelurahan | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **3.2 Meningkatnya ketersediaan obat dan vaksin di fasilitas pelayanan kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 15.1. Persentase fasilitas Kesehatan primer yang memiliki obat, vaksin, dan BMHP sesuai standar | | 85% | 88% | 90% | 93% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKP 15.2. Persentase obat inovatif yang tersedia di Indonesia | | 5% | 13% | 20% | 28% | 35% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKP 15.3 Persentase fasyankes yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar | | 91% | 92% | 94% | 96% | 98% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **3.3 Meningkatnya kemampuan pemenuhan obat, obat bahan alam, produk biologi (termasuk vaksin) serta alkes secara mandiri dalam negeri** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 21.1. Proporsi jenis bahan baku obat yang dapat diproduksi dalam negeri | | 40,5% | 51% | 61,5% | 72% | 82,5% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKP 21.2. Proporsi jenis produk biologi dan vaksin yang dapat diproduksi dalam negeri | | 58% | 63% | 68% | 74% | 82% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKP 21.3. Proporsi jenis obat molekul baru yang dapat diproduksi dalam negeri | | 0% | 6,25% | 6,25% | 18,75% | 31,25% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKP 21.4. Proporsi jenis obat herbal terstandar dan fitofarmaka yang dikembangkan dalam negeri | | 65% | 72% | 79% | 86% | 93% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKP 22.1. Proporsi Alkes berteknologi rendah – menengah yang dapat diproduksi dalam negeri | | 80% | 83% | 87% | 90% | 94% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKP 22.2. Proporsi Alkes berteknologi tinggi yang dapat diproduksi dalam negeri | | 30% | 34% | 37% | 41% | 45% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKP 22.3. Pertumbuhan pemanfaatan Alkes produksi dalam negeri dalam pelayanan kesehatan kuratif | | 55,34% | 58,5% | 61,67% | 64,83% | 68% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **3.5 Meningkatnya mutu dan keamanan alat kesehatan di peredaran** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 23.1. Proporsi alat kesehatan yang memenuhi persyaratan *pre-market* | | 91% | 92% | 93% | 94% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKP 23.2. Indeks alat Kesehatan di peredaran yang memenuhi persyaratan *post-market* | | 88% | 90% | 91% | 92% | 93% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **3.6 Meningkatnya kapasitas kabupaten/kota dalam mendeteksi, merespon dan mengendalikan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 24.1. Persentase Kabupaten/Kota dengan pengendalian Kejadian Luar Biasa (KLB/wabah) | | 40% | 50% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **3.7 Meningkatnya pengendalian faktor risiko di pintu masuk negara** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 24.2. Persentase faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan | | 94% | 96% | 97% | 98% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **3.8 Meningkatnya pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat > Menguatnya kapasitas sistem ketahanan kesehatan untuk menghadapi ancaman kesehatan** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKP 24.3. Persentase Kab/Kota yang mampu dalam melakukan penanggulangan krisis kesehatan dan penanggulangan gawat darurat terpadu | | 40% | 60% | 80% | 90% | 100% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | IKP 24.4. Persentase Kab/Kota yang memiliki *Public Safety Center* (PSC) dengan kemampuan dalam penanganan kegawatdaruratan terpadu | | 40% | 60% | 80% | 90% | 100% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | **3.9 Meningkatnya kabupaten/kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 24.5. Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang kesehatan | | 45% | 60% | 75% | 90% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **3.10 Meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan di kabupaten/kota** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 25.1. Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat | | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | 250 Kab/Kota | 300 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **3.11 Menurunnya jumlah KLB Keracunan Pangan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 25.2. Jumlah KLB Keracunan Pangan | | 250 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 75 Kab/Kota | 50 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **3.12 Meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan di kabupaten/kota** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 25.3. Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat | | 50 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | 250 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKP 25.4. Kab/Kota sehat | | 182 Kab/Kota | 228 Kab/Kota | 274 Kab/Kota | 302 Kab/Kota | 330 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | **3.13 Meningkatnya rancangan produk baru dari uji klinik yang dilakukan dalam negeri** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 32.1. Jumlah uji klinik yang menghasilkan rancangan produk baru | | 43 | 53 | 61 | 70 | 79 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **4. Program Sumber Daya Kesehatan** | | | | | | | | **49.879.315** | **51.177.231** | **52.403.328** | **53.650.351** | **54.929.386** | |
| | **4.1 Meningkatnya pemenuhan SDM Kesehatan sesuai standar** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 20.1. Persentase fasyankes yang terpenuhi SDM kesehatan sesuai standar | | 21% | 26% | 34% | 43% | 53% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | IKP 20.2. Tingkat retensi tenaga medis dan tenaga kesehatan | | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | **4.2 Meningkatnya kecukupan,efektifitas, efisiensi, keadilan dan keberlanjutan pendanaan kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 27.1 Pengeluaran Kesehatan total per kapita | | 2,2% | 2,4% | 2,6% | 2,8% | 3% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | IKP 27.2 Persentase Kab/Kota yang mengikuti bauran belanja ideal di sektor kesehatan | | 10% | 30% | 50% | 70% | 90% | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| | IKP 28.1. Persentase kenaikan investasi langsung di sektor kesehatan | | 19% | 21% | 22% | 22% | 23% | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| | IKP 28.2. Proporsi pencapaian target global kesehatan pada tingkat nasional | | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| | **4.3 Meningkatnya keselarasan perencanaan pusat dan daerah** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 26.2. Persentase daerah yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana kesehatan nasional | | 15% | 30% | 50% | 75% | 100% | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| | IKP 26.3. Persentase Kab/Kota dengan capaian SPM minimal 90% | | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| | IKP 26.4. Nilai kualitas kebijakan Kementerian Kesehatan | | 83 | 85 | 87 | 89 | 91 | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **4.4 Terpenuhinya pembiayaan kesehatan dalam mencapai UHC** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 18.1. Persentase belanja kesehatan *out of pocket* masyarakat berpengeluaran 40% terbawah | | 3,98% | 3,96% | 3,93% | 3,9% | 3,87% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | IKP 19.1. Persentase populasi yang dilindungi oleh asuransi kesehatan swasta | | 4% | 5,5% | 7% | 8,5% | 10% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | IKP 19.2 Persentase masyarakat miskin dan kurang mampu yang dibayarkan bantuan iuran jaminan kesehatan | | 99,6% | 99,7% | 99,8% | 99,9% | 99,95% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | **xx-Meningkatnya jumlah penyalahguna napza yang mendapatkan rehabilitasi medis** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 6.4. Persentase orang dengan gangguan penggunaan NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL | | 5% | 10% | 20% | 25% | 30% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| **5.** | **Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi** | | | | | | | **1.669.938** | **1.724.641** | **1.740.728** | **1.767.774** | **1.834.647** | |
| | **5.1 Meningkatnya ketersediaan SDMK yang berkualitas** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 17.3. Persentase tenaga medis tenaga kesehatan yang ditingkatkan mutunya | | 65% | 70% | 75% | 80% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| **6.** | **Program Dukungan Manajemen** | | | | | | | **9.752.631** | **10.019.384** | **10.276.405** | **10.524.875** | **10.746.087** | |
| | **6.1 Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 33.1. Indeks kepuasan pengguna layanan Kemenkes | | 77 | 78 | 80 | 82 | 85 | | | | | | Sekretariat Jenderal |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKP 33.2. Nilai kinerja anggaran Kementerian Kesehatan | | 92,3 | 92,5 | 92,7 | 92,9 | 93,1 | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | IKP 33.3. Indeks kualitas SDM Kemenkes | | 94,39 | 95,12 | 95,85 | 96,59 | 97,56 | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | IKP 33.4. Indeks implementasi *learning organization* | | 20% | 35% | 50% | 65% | 80% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | **6.2 Meningkatnya pengawasan yang berdampak terhadap program/kegiatan Kemenkes** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 34.1. Indeks tindak lanjut hasil pengawasan (skor) | | 4,64 | 4,66 | 4,67 | 4,69 | 4,7 | | | | | | Inspektorat Jenderal |
| | IKP 34.2. Nilai maturitas manajemen risiko | | 2 | 2 | 2,5 | 2,5 | 3 | | | | | | Inspektorat Jenderal |
| | **6.3 Meningkatnya pemanfaatan teknologi informasi** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 29.1. Persentase sistem informasi data kesehatan yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) | | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | IKP 30.1. Persentase masyarakat yang terpantau kesehatannya melalui SIKN | | 25% | 27% | 29% | 31% | 33% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | **6.4 Meningkatnya keselarasan perencanaan pusat dan daerah** | | | | | | | | | | | | |
| | IKP 26.1. Persentase Provinsi dan Kab/Kota yang sudah mengintegrasikan indikator prioritas nasional kesehatan dalam dokumen perencanaan daerah | | 70% | 75% | 80% | 85% | 90% | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| **xxxx.Pembinaan Kesehatan Masyarakat Sesuai Siklus Hidup** | | | | | | | | **683.997** | **727.176** | **792.224** | **839.236** | **922.167** | |
| | **xx--Meningkatnya kapasitas pelayanan kesehatan primer dalam pelayanan kesehatan keluarga dan gizi keluarga** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 1.1.1 Persentase remaja putri yang mengkonsumsi tablet tambah darah | | 65% | 67% | 70% | 75% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | Output: Pembinaan sekolah oleh Puskesmas | | 8.170 Puskesmas | 8.475 Puskesmas | 8.680 Puskesmas | 8.986 Puskesmas | 9.190 Puskesmas | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6799.UBA.003 - Daerah yang dilakukan fasilitasi Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Pembinaan Anak Usia Sekolah dan Remaja [LP-4] | | 11 Daerah | 11 Daerah | 11 Daerah | 11 Daerah | 11 Daerah | | | | | | |
| | IKK 1.1.2 Persentase remaja putri melakukan skrining anemia | | 75% | 77% | 80% | 83% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.SCM.003 - Tenaga Kesehatan/ non-kesehatan yang ditingkatkan kapasitasnya Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Pembinaan Anak Usia Sekolah dan Remaja (LP - 4) | | 1000 Orang | 1000 Orang | 1000 Orang | 1000 Orang | 1000 Orang | | | | | | |
| | IKK 1.1.3 Persentase calon pengantin yang mendapat skrining kesehatan | | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6800.UBA.005 - Kabupaten/kota yang melakukan fasilitasi dan pembinaan pelayanan kesehatan bagi calon pengantin | | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 1.1.4 Prevalensi remaja putri anemia | | 25% | 23% | 20% | 17% | 15% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.PFA.004 NSPK Terkait Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja [LP - 4] | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | IKK 1.2.1. Persentase persalinan di fasyankes | | 88% | 89% | 91% | 93% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.UBA.001 - Daerah yang mendapatkan fasilitasi/pembinaan Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir (LP - 7) | | 134 Daerah | 134 Daerah | 134 Daerah | 134 Daerah | 134 Daerah | | | | | | |
| | IKK 1.2.2. Persentase kematian Ibu yang direview | | 65% | 70% | 75% | 80% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.QKA.005 - Kegiatan Surveilans Gizi dan KIA | | 61 Laporan | 61 Laporan | 61 Laporan | 61 Laporan | 61 Laporan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 1.2.3 Persentase Puskesmas mampu pelayanan KB Metode Kontrasepsi Jangka Menengah (MKJP) | | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6800.SCM.006 - Tenaga Kesehatan yang Ditingkatkan Kapasitas Pelayanan KB | | 120 Orang | 120 Orang | 120 Orang | 120 Orang | 120 Orang | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6800.UBA.003 - Fasilitasi dan Pembinaan Peningkatan Kualitas Pelayanan KB | | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | | | | | | |
| | IKK 1.3.1. Persentase Kab/Kota dengan puskesmas mampu PONED sesuai standar | | 20% | 30% | 50% | 65% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.UBA.001 - Daerah yang mendapatkan fasilitasi/pembinaan Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir | | 134 Daerah | 134 Daerah | 134 Daerah | 134 Daerah | 134 Daerah | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.QEG.001 - Sarana puskesmas, pustu, posyandu (SOPHI) | | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 0 Paket | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 024.DD.6799.SCM.001 - Tenaga Kesehatan/ non-kesehatan yang ditingkatkan kapasitasnya Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir | | 1.592 Orang | 1.592 Orang | 1.592 Orang | 1.592 Orang | 1.592 Orang | | | | | | |
| | IKK 1.3.2. Persentase Antenatal Care (ANC) 6 kali (K6) | | 80% | 82% | 85% | 88% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.UBA.001 - Daerah yang mendapatkan fasilitasi/pembinaan Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir | | 85 Kab/Kota | 85 Kab/Kota | 85 Kab/Kota | 85 Kab/Kota | 85 Kab/Kota | | | | | | |
| | IKK 1.3.3. Cakupan antenatal care (ANC) sesuai standar (12T) | | 63% | 66% | 69% | 72% | 75% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.SCM.001 - Tenaga Kesehatan/ non-kesehatan yang ditingkatkan kapasitasnya Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir | | 1.592 Orang | 1.592 Orang | 1.592 Orang | 1.592 Orang | 1.592 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 024.DD.6799.RAB.001 - Media KIE terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Ibu dan Bayi Baru Lahir (LP - 7) | | 2.780.840 Paket | 2.780.840 Paket | 2.780.840 Paket | 2.780.840 Paket | 2.780.840 Paket | | | | | | |
| | IKK 2.1.1 Cakupan kunjungan neonatal (KN) lengkap sesuai standar | | 91% | 92% | 93% | 94% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.UBA.001 - Daerah yang mendapatkan fasilitasi/pembinaan Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir | | 134 Daerah | 134 Daerah | 134 Daerah | 134 Daerah | 134 Daerah | | | | | | |
| | IKK 2.1.2 Persentase bayi baru lahir mendapat skrining kesehatan | | 35% | 40% | 55% | 75% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.QEA.016 - Sampel skrining bayi baru lahir yang diperiksa | | 2.974.700 Orang | 3.203.500 Orang | 3.340.800 Orang | 3.432.300 Orang | 3.661.200 Orang | | | | | | |
| | IKK 2.1.3 Angka *stillbirth* | | 7,2 per 1.000 kelahiran hidup | 6,8 per 1.000 kelahiran hidup | 6,5 per 1.000 kelahiran hidup | 6,2 per 1.000 kelahiran hidup | 5,8 per 1.000 kelahiran hidup | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 024.DD.6799.UAE.006 - Pemantauan dan Evaluasi Terkait Surveilans Gizi dan Kesga [LP - 7] | | 11 Laporan | 11 Laporan | 11 Laporan | 11 Laporan | 11 Laporan | | | | | | |
| | IKK 2.2.2 Persentase pemberian suplementasi vitamin A pada balita usia 6-59 bulan | | 91% | 92% | 93% | 94% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.PEA.002 Koordinasi Terkait Perbaikan Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Bayi dan Balita [LP - 4] | | 23 Kegiatan | 23 Kegiatan | 23 Kegiatan | 23 Kegiatan | 23 Kegiatan | | | | | | |
| | IKK 2.2.3 Jumlah Kab/Kota tersertifikasi triple eliminasi | | 4 Kab/Kota | 9 Kab/Kota | 14 Kab/Kota | 24 Kab/Kota | 38 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.PEA.001 - Koordinasi Terkait Perbaikan Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir (LP - 7) | | 79 Kegiatan | 79 Kegiatan | 79 Kegiatan | 79 Kegiatan | 79 Kegiatan | | | | | | |
| | IKK 3.1.1 Persentase balita dipantau pertumbuhan dan perkembangan | | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.PFA.001 - | | 1 NSPK | 0 NSPK | 0 NSPK | 0 NSPK | 0 NSPK | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | NSPK Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir | | | | | | | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6799.UBA.002 - Daerah yang mendapatkan fasilitasi dan pembinaan terkait upaya perbaikan status gizi dan peningkatan pelayanan kesehatan bayi dan balita (LP - 4) | | 78 Daerah | 78 Daerah | 78 Daerah | 78 Daerah | 78 Daerah | | | | | | |
| | IKK 3.1.2 Persentase balita gizi buruk mendapat tata laksana | | 91% | 92% | 93% | 94% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.SCM.002 - Tenaga Kesehatan/ non-kesehatan yang ditingkatkan kapasitasnya Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Bayi dan Balita (LP - 4) | | 239 Orang | 239 Orang | 239 Orang | 239 Orang | 239 Orang | | | | | | |
| | IKK 3.1.3 Persentase balita gizi kurang mendapat makanan tambahan | | 65% | 70% | 75% | 80% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 024.DD.6799.QEA.002 - Sasaran Prioritas yang mendapatkan intervensi gizi darurat | | 124.000 Orang | 124.000 Orang | 124.000 Orang | 124.000 Orang | 124.000 Orang | | | | | | |
| | IKK 3.2.1 Persentase bayi lahir prematur (<37 minggu) | | 11% | 10,5% | 10% | 9,5% | 9% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.SCM.001 - Tenaga Kesehatan/ non-kesehatan yang ditingkatkan kapasitasnya Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir | | 1000 Orang | 1000 Orang | 1000 Orang | 1000 Orang | 1000 Orang | | | | | | |
| | Output: '024.DD.6799.RAB.001 - Media KIE terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Ibu dan Bayi Baru Lahir (LP - 7) | | 2.780.840 Paket | 2.780.840 Paket | 2.780.840 Paket | 2.780.840 Paket | 2.780.840 Paket | | | | | | |
| | IKK 3.3.1 Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif | | 73% | 76% | 79% | 82% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 024.DD.6799.SCM.002 - Tenaga Kesehatan/ non-kesehatan yang ditingkatkan kapasitasnya Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Bayi dan Balita | | 100 Orang | 150 Orang | 200 Orang | 250 Orang | 300 Orang | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6799.UAE.001 - Pemantauan dan Evaluasi Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir (LP - 7) | | 2 Laporan | 2 Laporan | 2 Laporan | 2 Laporan | 2 Laporan | | | | | | |
| | IKK 3.3.2 Persentase inisiasi menyusu dini (IMD) | | 50% | 55% | 60% | 65% | 75% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.PEH.001 - Promosi Informasi Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan [LP - 4] | | 13 Promosi/ Kegiatan | 13 Promosi/ Kegiatan | 13 Promosi/Kegiatan | 13 Promosi/ Kegiatan | 13 Promosi/ Kegiatan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 3.4.1 Persentase Ibu hamil mengkonsumsi Suplementasi Gizi | | 48% | 52% | 60% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.UAE.002 - Pemantauan dan Evaluasi Terkait Upaya Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Balita (LP - 4) | | 12 Laporan | 12 Laporan | 12 Laporan | 12 Laporan | 12 Laporan | | | | | | |
| | IKK 3.5.1 Persentase Kab/Kota melakukan pemantauan praktik MPASI pada 80% anak usia 6-23 bulan | | 25% | 40% | 55% | 70% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6799.PEF.002 - Sosialisasi dan diseminasi terkait Perbaikan Status Gizi dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Balita [LP - 4] | | 3.000 Orang | 3.000 Orang | 3.000 Orang | 3.000 Orang | 3.000 Orang | | | | | | |
| | IKK 9.1.1 Persentase lanjut usia yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar | | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 024.DD.6800.PEF.007 - Sosialisasi Kesehatan Lansia (LP - 10) | | 700 Orang | 700 Orang | 700 Orang | 700 Orang | 700 Orang | | | | | | |
| | Output: Penyusunan NSPK Kesehatan Lansia | | 3 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | IKK 4.1.2 Persentase puskesmas santun lansia | | 70% | 75% | 80% | 85% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| | Output: DD.6800.SCM.002 - Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang Ditingkatkan Kapasitas Pelayanan Kesehatan Lansia | | 1130 Orang | 1130 Orang | 1130 Orang | 1130 Orang | 1130 Orang | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6800.UBA.005 - Fasilitasi dan Pembinaan Daerah dalam Pelaksanaan Upaya Kesehatan Produktif dan Lansia | | 38 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 4.1.3 Persentase Lanjut usia dengan ketergantungan sedang, berat, dan total mendapatkan perawatan jangka Panjang (PJP) | | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| | Output: 024.DD.6800.UBA.005 - Fasilitasi dan Pembinaan Daerah dalam Pelaksanaan Upaya Kesehatan Produktif dan Lansia | | 38 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6800.PEA.002 - Penggalangan Komitmen dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia (LP - 10) | | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6800.SCM.002 - Tenaga Kesehatan yang Ditingkatkan Kapasitas Pelayanan Kesehatan Lansia | | 1130 Orang | 1130 Orang | 1130 Orang | 1130 Orang | 1130 Orang | | | | | | |
| | IKK 5.1.1 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia bayi baru lahir | | 65% | 70% | 75% | 80% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: Sampel skrining bayi baru lahir yang diperiksa | | 2.974.700 Paket | 3.203.500 Paket | 3.340.800 Paket | 3.432.300 Paket | 3.661.200 Paket | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: Sampel tes konfirmasi skrining bayi baru lahir | | 95 Orang | 110 Orang | 120 Orang | 140 Orang | 160 Orang | | | | | | |
| | IKK 5.1.2 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia balita dan anak usia pra sekolah | | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6802.PEF.002 - Sosialisasi program pemeriksaan kesehatan gratis | | 3800 Orang | 3800 Orang | 3800 Orang | 3800 Orang | 3800 Orang | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.PFA.011 - NSPK pemeriksaan kesehatan gratis | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.SCM.005 - SDMK yang ditingkatkan kapasitasnya untuk menunjang pemeriksaan kesehatan gratis | | 380 Orang | 380 Orang | 380 Orang | 380 Orang | 380 Orang | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.UBA.007 - Pembinaan Puskesmas penyelenggara pemeriksaan kesehatan gratis | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 5.1.3 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia sekolah dan remaja | | 20% | 35% | 45% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| | Output: 024.DD.6802.PEF.002 - Sosialisasi program pemeriksaan kesehatan gratis | | 3800 Orang | 3800 Orang | 3800 Orang | 3800 Orang | 3800 Orang | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.PFA.011 - NSPK pemeriksaan kesehatan gratis | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.SCM.005 - SDMK yang ditingkatkan kapasitasnya untuk menunjang pemeriksaan kesehatan gratis | | 380 Orang | 380 Orang | 380 Orang | 380 Orang | 380 Orang | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.UBA.007 - Pembinaan Puskesmas penyelenggara pemeriksaan kesehatan gratis | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 5.1.5 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok lanjut usia | | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 024.DD.6802.PEF.002 - Sosialisasi program pemeriksaan kesehatan gratis | | 3800 Orang | 3800 Orang | 3800 Orang | 3800 Orang | 3800 Orang | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.PFA.011 - NSPK pemeriksaan kesehatan gratis | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.SCM.005 - SDMK yang ditingkatkan kapasitasnya untuk menunjang pemeriksaan kesehatan gratis | | 380 Orang | 380 Orang | 380 Orang | 380 Orang | 380 Orang | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.UBA.007 - Pembinaan Puskesmas penyelenggara pemeriksaan kesehatan gratis | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6800.PEA.002 - Penggalangan Komitmen dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia (LP - 10) | | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | | | | | | |
| | IKK 13.1.3 Prevalensi overweight pada anak usia sekolah | | 17,2% | 16,7% | 16,1% | 15,5% | 15% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | xx-Meningkatnya upaya kesehatan kelompok rentan dan kesehatan jiwa | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 7.1.1 Cakupan Skrining Kesehatan Jiwa | | 10% | 15% | 20% | 25% | 30% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| | Output: 024.DD.6801.PEH.001 - Promosi, Kampanye, Produksi dan Penyebarluasan Informasi Program Kesehatan Jiwa dan NAPZA (LP - 3) | | 8 Promosi | 8 Promosi | 8 Promosi | 7 Promosi | 7 Promosi | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6801.SCM.001 - Tenaga Kesehatan/non Kesehatan yang Ditingkatkan Kapasitasnya dalam Tata Kelola terkait Program Kesehatan Jiwa dan NAPZA | | 5.281 Orang | 4.400 Orang | 4.400 Orang | 4.400 Orang | 0 Orang | | | | | | |
| | IKK 7.1.2 Jumlah orang yang menjadi first aider Pertolongan Pertama pada Luka Psikologis (P3LP) | | 650.000 orang | 1.300.000 orang | 2.200.000 orang | 2.500.000 orang | 3.350.000 orang | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| | Output: 024.DD.6801.SCM.001 - Tenaga Kesehatan/non Kesehatan yang Ditingkatkan Kapasitasnya dalam Tata Kelola terkait Program Kesehatan Jiwa | | 5.281 Orang | 4.400 Orang | 4.400 Orang | 4.400 Orang | 0 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | dan NAPZA | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 7.2.1 Persentase Puskesmas yang mampu memberikan layanan kesehatan jiwa | | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| | Output: 024.D.xxxx.UBA.xx2 - Fasilitasi dan Pembinaan kepada pemerintah daerah untuk pelayanan kesehatan jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (LP-34) | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 7.3.1 Persentase Puskesmas yang mampu melaksanakan tatalaksana Kekerasan terhadap perempuan dan anak | | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| | Output: 024.DD.6800.QDB.006 - Pembinaan Puskesmas mampu tatalaksana kekerasan terhadap perempuan dan anak | | 5.100 Puskesmas | 6.100 Puskesmas | 7.200 Puskesmas | 8.200 Puskesmas | 9.200 Puskesmas | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 7.4.1 Jumlah provinsi dengan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) provinsi aktif | | 2 | 5 | 8 | 12 | 16 | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| | Output: 024.D.xxxx.UBA.xx3- Fasilitasi dan Pembinaan kepada pemerintah daerah untuk pelayanan kesehatan jiwa bagi ODGJ (LP-34) | | 5 Provinsi | 7 Provinsi | 7 Provinsi | 7 Provinsi | 7 Provinsi | | | | | | |
| | IKK 7.5.1 Persentase Puskesmas yang ramah penyandang disabilitas | | 35% | 40% | 50% | 60% | 75% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| | Output: 024.DD.6800.QDB.004 - Pembinaan dan penguatan Puskesmas ramah penyandang disabilitas | | 3.600 Lembaga | 4.100 Lembaga | 5.100 Lembaga | 6.100 Lembaga | 7.700 Lembaga | | | | | | |
| **xxxx-Peningkatan Fasilitas, mutu dan tata kelola Pelayanan Kesehatan Primer** | | | | | | | | **2.222.969** | **3.556.471** | **3.834.174** | **3.918.662** | **4.589.406** | |
| | Meningkatnya kualitas fasilitas dan mutu pelayanan kesehatan primer | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 14.3.1 Persentase Kab/Kota dengan jumlah Puskesmas sesuai standar | | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024.DD.6802.UBA.001 - Pembinaan, Pendampingan dan Bimbingan Teknis Pelaksanaan Manajemen dan Tata Kelola Puskesmas (LP-1) | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 0 Daerah | | | | | | |
| | IKK 14.5.1 Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 2 sesuai standar | | 30% | 70% | 90% | 95% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024. DO.6993.QDB.003 - Pemenuhan SPA labkesmas sesuai standar | | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | | | | | | |
| | IKK 14.5.2 Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 3 sesuai standar | | 30% | 70% | 90% | 95% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024.DO.6933.SCM.001 - Tenaga Kesehatan yang dilatih terkait Manajemen dan Penyelenggaraan Laboratorium Kesehatan Masyarakat | | 1.070 Orang | 1.070 Orang | 1.070 Orang | 1.070 Orang | 1.070 Orang | | | | | | |
| | IKK 14.5.3 Persentase laboratorium kesehatan | | **30%** | **70%** | **90%** | **95%** | **100%** | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | masyarakat tingkat 4 dan 5 sesuai standar | | | | | | | | | | | | dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024.DO.6933.QDB.001 - Fasilitasi dan Pembinaan Labkesmas | | 127 Dokumen | 254 Dokumen | 381 Dokumen | 546 Dokumen | 546 Dokumen | | | | | | |
| | IKK 16.2.1 Persentase Puskesmas yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) | | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer t |
| | Output: 024.DG.5836.QDB.011 - Pengukuran dan pelaporan mutu Puskesmas | | 20 Lembaga | 40 Lembaga | 60 Lembaga | 80 Lembaga | 100 Lembaga | | | | | | |
| | Output:024.DG.2087.UBA.004 - Pembinaan klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang berjejaring dengan Puskesmas untuk pelayanan program prioritas | | 20 Daerah | 30 Daerah | 40 Daerah | 50 Daerah | 60 Daerah | | | | | | |
| | Output:024.DO.6993.UAE.003 - Penyelenggara akreditasi yang dilakukan pembinaan dan pengawasan | | 13 Lembaga | 13 Lembaga | 13 Lembaga | 13 Lembaga | 13 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 024.DO.6993.QDB.004 - Pembinaan puskesmas | | 480 Puskesmas | 610 Puskesmas | 740 Puskesmas | 870 Puskesmas | 1.000 Puskesmas | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | dalam pelayanan kesehatan tradisional | | | | | | | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.UAE.002 - Pemantauan dan Monev Pelaksanaan Kegiatan Integrasi Layanan Primer | | 25 Laporan | 25 Laporan | 25 Laporan | 25 Laporan | 25 Laporan | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.UBA.001 - Pembinaan, Pendampingan dan Bimbingan Teknis Pelaksanaan Manajemen dan Tata Kelola Puskesmas | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 16.2.3 Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter dan drg yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan | | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: Pemantauan dan Evaluasi Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 16.2.4 Persentase FKTP yang mengimplementasikan penggunaan antibiotik rasional | | 30% | 50% | 60% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: FKTP yang dibina dalam mengimplementasikan penggunaan antibiotik rasional | | 800 Lembaga | 800 Lembaga | 800 Lembaga | 800 Lembaga | 800 Lembaga | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 17.1.1 Jumlah Puskesmas yang melakukan penanganan pengaduan pengguna layanan | | 40 Puskesmas | 50 Puskesmas | 60 Puskesmas | 70 Puskesmas | 80 Puskesmas | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: Sosialisasi dan Diseminasi Fasilitas dan Mutu di FKTP | | 1.200 Orang | 1.200 Orang | 1.200 Orang | 1.200 Orang | 1.200 Orang | | | | | | |
| | IKK 17.1.2 Jumlah Labkesmas yang memiliki ketepatan waktu pelayanan | | 77 Labkesmas | 79 Labkesmas | 80 Labkesmas | 85 Labkesmas | 90 Labkesmas | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024.DO.6933.SCM.001 - Tenaga Kesehatan yang dilatih terkait Manajemen dan Penyelenggaraan Laboratorium Kesehatan Masyarakat (LP - 2) | | 1.070 Orang | 1.070 Orang | 1.070 Orang | 1.070 Orang | 661 Orang | | | | | | |
| | Meningkatnya kapasitas dan kualitas tata kelola pelayanan kesehatan primer | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 14.3.2 Persentase unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan dengan ketersediaan tenaga kesehatan dan kader kesehatan sesuai standar | | 30% | 40% | 50% | 60% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas- Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024.DD.6802.QDB.002 - Pemenuhan alkes di unit | | 0 Lembaga | 0 Lembaga | 0 Lembaga | 0 Lembaga | 0 Lembaga | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan sesuai standar | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 14.3.3 Persentase Kab/Kota yang memiliki unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan sesuai standar | | 20% | 30% | 40% | 60% | 75% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer- Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024.DD.6802.QDB.002 - Pemenuhan alkes di unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan sesuai standar | | 0 Lembaga | 0 Lembaga | 0 Lembaga | 0 Lembaga | 0 Lembaga | | | | | | |
| | IKK 14.3.4 Persentase Kab/Kota dengan tata kelola Kesehatan Tradisional yang baik | | 20% | 30% | 40% | 60% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas- Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024.DO.6802.UBA.004 - Pembinaan puskesmas dalam pelayanan kesehatan tradisional | | 480 Daerah | 610 Daerah | 740 Daerah | 870 Daerah | 1000 Daerah | | | | | | |
| | IKK 14.3.5 Persentase Kab/Kota dengan penyedia dan/atau pelayanan kesehatan tradisional sesuai standar mutu | | 5% | 10% | 15% | 30% | 45% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: Fasilitasi dan Pembinaan Daerah terkait Mutu, Sarana dan Prasarana Kesehatan Primer | | 37 Provinsi | 37 Provinsi | 37 Provinsi | 37 Provinsi | 37 Provinsi | | | | | | |
| | IKK 14.3.6 Jumlah Kab/Kota dengan akses sulit yang menerapkan skema/pendekatan khusus dalam pemenuhan pelayanan kesehatan berkualitas | | 75 Kab/Kota | 90 Kab/Kota | 110 Kab/Kota | 130 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output 024.DD.6802.UAE.005 - Pemantauan dan Monev Pelayanan Kesehatan di DTPK dan Kawasan Khusus (LP-1) | | 10 Laporan | 20 Laporan | 30 Laporan | 40 Laporan | 50 Laporan | | | | | | |
| | IKK 14.6.1 Persentase Puskesmas memiliki SPA sesuai standar | | **40%** | **50%** | **60%** | **75%** | **90%** | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024.DD.6802.QEG.001 - Sarana Puskesmas, Pustu dan Posyandu | | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | | | | | | |
| | IKK 16.2.2 Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang berjejaring dengan Puskesmas untuk penguatan pelayanan | | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | program prioritas | | | | | | | | | | | | |
| | Output: 024.DG.2087.UBA.004 - Pembinaan klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang berjejaring dengan Puskesmas untuk pelayanan program prioritas | | 20 Daerah | 30 Daerah | 40 Daerah | 50 Daerah | 60 Daerah | | | | | | |
| **xxxx- Dukungan Pelayanan Laboratorium Kesehatan masyarakat** | | | | | | | | **15.141** | **15.520** | **15.908** | **16.305** | **16.713** | |
| | Meningkatnya kapasitas dan kualitas tata kelola Laboratorium Kesehatan Masyarakat | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 16.1.1 Persentase Labkesmas yang melaksanakan fungsi surveilans penyakit dan faktor risiko Kesehatan berbasis laboratorium sesuai standar | | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: 024.DO.6993.QDB.001 - Fasilitasi dan Pembinaan Labkesmas (InPULS) | | 184 Lembaga | - | - | - | 0 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 024.DO.6993.QDB.003 - Pemenuhan Labkesmas dengan SPA sesuai standar | | 20 Lembaga | - | - | - | 100 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6802.UBA.002 - Pembinaan Laboratorium Kesehatan Masyarakat | | 21 Daerah | 21 Daerah | 21 Daerah | 21 Daerah | 21 Daerah | | | | | | |
| | IKK 16.1.2 Persentase laboratorium kesehatan | | 15% | 30% | 45% | 60% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | masyarakat yang patuh melaporkan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) untuk pelayanan laboratorium yang ditentukan | | | | | | | | | | | | dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| | Output: Fasilitasi dan Pembinaan Mutu Labkesmas | | 30 Provinsi | 30 Provinsi | 30 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | | | | | | |
| | Output: 024.DO.6933.SCM.001 - Tenaga Kesehatan yang dilatih terkait Manajemen dan Penyelenggaraan Laboratorium Kesehatan Masyarakat (LP - 2) | | 1.070 Orang | 1.070 Orang | 1.070 Orang | 1.070 Orang | 661 Orang | | | | | | |
| **xxxx -Pembinaan Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas** | | | | | | | | **85.502** | **124.969** | **205.723** | **255.947** | **369.954** | |
| | xx-Meningkatnya kapasitas pelayanan kesehatan primer dalam upaya promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat melalui UKBM dan komunitas | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 4.2.1 Persentase Fasyankes melaksanakan pelayanan kesehatan penyakit akibat kerja | | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| | Output: '024.DD.6800.SCM.003 - Tenaga Kesehatan yang Ditingkatkan Kapasitas terkait Kesehatan Kerja (LP - 10) | | 1150 Orang | 1150 Orang | 1150 Orang | 1150 Orang | 1150 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 4.2.2 persentase tempat kerja formal melaksanakan kesehatan kerja | | 25% | 35% | 45% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| | Output: '024.DD.6800.QDB.009 - Pembinaan tempat kerja formal (perkantoran, industri dan fasyankes) menerapkan kesehatan kerja | | 6.850 Lembaga | 13.700 Lembaga | 27.400 Lembaga | 41.100 Lembaga | 54.800 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6800.PFA.006 - NSPK Kesehatan Usia Produktif | | 2 NSPK | 2 NSPK | 2 NSPK | 2 NSPK | 2 NSPK | | | | | | |
| | Output: 024.DD.6800.UBA.011 - Fasilitasi dan Pembinaan Daerah dalam Pelaksanaan Upaya Kesehatan Kerja | | 38 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | 38 Provinsi | | | | | | |
| | IKK 4.2.3 Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) yang terbentuk di tempat kerja informal | | 15.000 Pos UKK | 20.000 Pos UKK | 30.000 Pos UKK | 45.000 Pos UKK | 60.000 Pos UKK | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| | Output: '024.DD.6800.UBA.010 - Fasilitasi kabupaten/kota dalam pembinaan | | 300 Kab/Kota | 311 Kab/Kota | 360 Kab/Kota | 385 Kab/Kota | 411 Kab/Kota | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | kesehatan kerja sektor Informal | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 10.1.1 Persentase sekolah yang memenuhi stratifikasi standar sekolah sehat | | 5% | 10% | 20% | 30% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| | Output: 024.DD.5833.QDD.001 - Pembinaan Masyarakat dalam Germas Di Berbagai Tatanan (LP-3) | | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | | | | | | |
| | IKK 10.1.2 Persentase kampus sehat | | 3% | 10% | 15% | 25% | 35% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| | Output: 024.DD.5833.QDD.001 - Pembinaan Masyarakat dalam Germas Di Berbagai Tatanan (LP-3) | | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | | | | | | |
| | IKK 10.1.3 Persentase Kab/Kota dengan minimal 75% Posyandu siklus hidup yang aktif | | 25% | 35% | 45% | 65% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Komunitas |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 024.DD.5833.QDD.003 - Peningkatan Keterampilan Kader Kesehatan | | 10 Kelompok Masyarakat | 20 Kelompok Masyarakat | 30 Kelompok Masyarakat | 40 Kelompok Masyarakat | 50 Kelompok Masyarakat | | | | | | |
| | Output: 024.DD.5833.QDD.004 - Pemantauan keaktifan posyandu sesuai standar | | 100 Kelompok Masyarakat | 100 Kelompok Masyarakat | 100 Kelompok Masyarakat | 100 Kelompok Masyarakat | 100 Kelompok Masyarakat | | | | | | |
| | Output: 024.DD.5833.PEH.003 - Kampanye Posyandu Aktif | | 10 Promosi | 20 Promosi | 30 Promosi | 40 Promosi | 50 Promosi | | | | | | |
| | IKK 10.1.4 Persentase kader posyandu strata madya | | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| | Output: 024.DD.5833.PEH.003 - Kampanye Posyandu Aktif | | 10 Promosi | 20 Promosi | 30 Promosi | 40 Promosi | 50 Promosi | | | | | | |
| | IKK 10.1.5 Persentase Kab/Kota yang melakukan kampanye kesehatan (Pembudayaan Germas) | | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| | Output: 024.DD.5833.QDD.001 - Pembinaan Masyarakat dalam Germas Di Berbagai | | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarak | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarak | 252 Kelompok Masyarakat | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tatanan (LP-3) | | | at | | at | | | | | | | |
| | IKK.11.1.1 Persentase Pustu dan Puskesmas yang menyelenggarakan program aktivitas fisik | | 40% | 50% | 60% | 65% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| | Output: 024.DD.5833.QDD.001 - Pembinaan Masyarakat dalam Germas Di Berbagai Tatanan (LP-3) | | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | 252 Kelompok Masyarakat | | | | | | |
| **xxxx-Penanggulangan Penyakit Menular** | | | | | | | | **7.905.298** | **7.239.644** | **6.611.885** | **6.342.686** | **6.203.142** | |
| | **Surveilans PD3I yang adekuat** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 4.1.1 Kab/Kota yang mencapai target kinerja surveilans PD3I | | 86% | 87% | 88% | 89% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| | Meningkatnya cakupan imunisasi pada kelompok sasaran | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 4.1.2 Cakupan imunisasi MR 1 pada bayi | | 85% | 88% | 91% | 93% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| | IKK 4.2.1 Cakupan imunisasi antigen baru | | 65% | 71% | 77% | 84% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 4.2.2 Cakupan imunisasi HPV | | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| | IKK 4.2.3 Cakupan imunisasi lengkap pada Baduta | | 70% | 75% | 80% | 85% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| | IKK 4.2.4 Cakupan Imunisasi di Usia Sekolah Dasar | | 88% | 90% | 92% | 94% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| | IKK 4.2.5 Cakupan status imunisasi T2+ pada Wanita Usia Subur (WUS) | | 65% | 71% | 77% | 84% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| | Meningkatnya tatalaksana kasus penyakit menular | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 2.2.1 Cakupan penemuan kasus pneumonia balita | | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | IKK 9.1.1 Angka keberhasilan pengobatan TBC (TB succes rate) | | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: PFA.061.NSPK Percepatan Target Eliminasi TBC | | 1 NSPK | 2 SNPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: QAA.061.Masyarakat mendapatkan layanan | | 105 Orang | 150 Orang | 150 Orang | 150 Orang | 150 Orang | | | | | | |
| | Output: QAA.O63.Masyarakat yang mendapatkan layanan | | 300 Orang | 350 Orang | 400 Orang | 450 Orang | 500 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | skrining mobile TBC | | | | | | | | | | | | |
| | Output: QAA.O63.Masyarakat yang mendapatkan layanan pengobatan TBC | | 100 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAH.061.Layanan Penemuan Aktif TBC | | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.061.Data dan Infomasi TBC | | 6 Dokumen | 4 Dokumen | 4 Dokumen | 6 Dokumen | 6 Dokumen | | | | | | |
| | Output: RAB.061.Alat Pencegahan dan Pengendalian TBC | | - | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | | | | | | |
| | Output: RAB.062.Bahan Pencegahan dan Pengendalian TBC | | 2 Paket | 10 Paket | 2 Paket | 2 Paket | 2 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.061.Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian TBC | | 200 Orang | 230 Orang | 260 Orang | 290 Orang | 320 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.061.Daerah Mendapat Pembinaan Program P2 TBC di Daerah | | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | | | | | | |
| | IKK 9.1.2 Cakupan penemuan kasus TBC (notifikasi kasus TBC) | | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: PFA.061.NSPK Percepatan Target Eliminasi TBC | | 1 NSPK | 2 SNPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: QAA.061.Masyarakat mendapatkan layanan | | 105 Orang | 150 Orang | 150 Orang | 150 Orang | 150 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QAA.O63.Masyarakat yang mendapatkan layanan skrining mobile TBC | | 300 Orang | 350 Orang | 400 Orang | 450 Orang | 500 Orang | | | | | | |
| | Output: QAA.O63.Masyarakat yang mendapatkan layanan pengobatan TBC | | 100 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAH.061.Layanan Penemuan Aktif TBC | | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.061.Data dan Infomasi TBC | | 6 Dokumen | 4 Dokumen | 4 Dokumen | 6 Dokumen | 6 Dokumen | | | | | | |
| | Output: RAB.061.Alat Pencegahan dan Pengendalian TBC | | - | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | | | | | | |
| | Output: RAB.062.Bahan Pencegahan dan Pengendalian TBC | | 2 Paket | 10 Paket | 2 Paket | 2 Paket | 2 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.061.Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian TBC | | 200 Orang | 230 Orang | 260 Orang | 290 Orang | 320 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.061.Daerah Mendapat Pembinaan Program P2 TBC di Daerah | | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | | | | | | |
| | IKK 9.1.3 Cakupan pemberian terapi pencegahan pada orang kontak serumah | | 72% | 80% | 80% | 80% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: PFA.061.NSPK Percepatan Target Eliminasi TBC | | 1 NSPK | 2 SNPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: QAA.061.Masyarakat mendapatkan layanan | | 105 Orang | 150 Orang | 150 Orang | 150 Orang | 150 Orang | | | | | | |
| | Output: QAA.O63.Masyarakat yang | | 300 Orang | 350 Orang | 400 Orang | 450 Orang | 500 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | mendapatkan layanan skrining mobile TBC | | | | | | | | | | | | |
| | Output: QAA.O63.Masyarakat yang mendapatkan layanan pengobatan TBC | | 100 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAH.061.Layanan Penemuan Aktif TBC | | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.061.Data dan Infomasi TBC | | 6 Dokumen | 4 Dokumen | 4 Dokumen | 6 Dokumen | 6 Dokumen | | | | | | |
| | Output: RAB.061.Alat Pencegahan dan Pengendalian TBC | | - | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | | | | | | |
| | Output: RAB.062.Bahan Pencegahan dan Pengendalian TBC | | 2 Paket | 10 Paket | 2 Paket | 2 Paket | 2 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.061.Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian TBC | | 200 Orang | 230 Orang | 260 Orang | 290 Orang | 320 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.061.Daerah Mendapat Pembinaan Program P2 TBC di Daerah | | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | | | | | | |
| | IKK 9.1.4 Persentase pasien TBC yang memulai pengobatan (enrollment TBC) | | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: PFA.061.NSPK Percepatan Target Eliminasi TBC | | 1 NSPK | 2 SNPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: QAA.061.Masyarakat | | 105 Orang | 150 Orang | 150 Orang | 150 Orang | 150 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | mendapatkan layanan | | | | | | | | | | | | |
| | Output: QAA.O63.Masyarakat yang mendapatkan layanan skrining mobile TBC | | 300 Orang | 350 Orang | 400 Orang | 450 Orang | 500 Orang | | | | | | |
| | Output: QAA.O63.Masyarakat yang mendapatkan layanan pengobatan TBC | | 100 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAH.061.Layanan Penemuan Aktif TBC | | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | 40 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.061.Data dan Infomasi TBC | | 6 Dokumen | 4 Dokumen | 4 Dokumen | 6 Dokumen | 6 Dokumen | | | | | | |
| | Output: RAB.061.Alat Pencegahan dan Pengendalian TBC | | - | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | | | | | | |
| | Output: RAB.062.Bahan Pencegahan dan Pengendalian TBC | | 2 Paket | 10 Paket | 2 Paket | 2 Paket | 2 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.061.Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian TBC | | 200 Orang | 230 Orang | 260 Orang | 290 Orang | 320 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.061.Daerah Mendapat Pembinaan Program P2 TBC di Daerah | | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | 34 Daerah | | | | | | |
| | IKK 9.2.1 ODHIV baru yang ditemukan yang mendapat pengobatan ART | | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QAA.051. Orang yang mendapatkan layanan skrining HIV AIDS dan IMS | | 2 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAA.052. Orang dengan HIV AIDS (ODHIV) yang mendapatkan layanan dukungan HIV AIDS | | 70 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAA.053. Orang dengan HIV AIDS yang mendapatkan layanan pengobatan HIV AIDS dan PIMS | | 67 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAH.051. Layanan Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS | | 4 Layanan | 40 Layanan | 45 Layanan | 50 Layanan | 55 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.051. Data dan Infornasi HIV AIDS dan PIMS | | 10 Paket | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | | | | | | |
| | Output: RAB.051. Bahan Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS | | 6 Paket | 14 Paket | 14 Paket | 14 Paket | 14 Paket | | | | | | |
| | Output: RCB.051. Pemeliharaan Sistem Informasi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular | | 12 Paket | 12 Paket | 12 Paket | 12 Paket | 12 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.051. Pelatihan pencegahan dan | | 55 Orang | - | - | - | - | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | pengendalian HIV | | | | | | | | | | | | |
| | Output: UBA.051. Daerah Mendapat Pembinaan Program HIV AIDS dan PIMS di Daerah | | 80 Daerah | 25 Daerah | 25 Daerah | 25 Daerah | 25 Daerah | | | | | | |
| | Output: UEA. 051. Rekomendasi Hasil Pemantauan dan Evaluasi Program Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS | | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | | | | | | |
| | IKK 9.4.1 Jumlah Kab/Kota mencapai Positivity Rate (PR) Malaria <5% | | 405 Kab/Kota | 425 Kab/Kota | 450 Kab/Kota | 475 Kab/Kota | 500 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: QAH.011.Layanan Intensifikasi Penemuan Kasus dalam Rangka Eliminasi Malaria | | 390 Layanan | 420 Layanan | 450 Layanan | 480 Layanan | 514 Layanan | | | | | | |
| | Output: QAH.012.Layanan Surveilans Penemuan Kasus dalam Percepatan Eliminasi Malaria di Papua | | 2 Layanan | 42 Layanan | 42 Layanan | 42 Layanan | 42 Layanan | | | | | | |
| | Output: QAH.013.Layanan Mitigasi Penemuan Kasus dalam Upaya Percepatan Eliminasi Malaria di IKN | | 2 Layanan | 4 Layanan | 6 Layanan | 8 Layanan | 10 Layanan | | | | | | |
| | Output: QAH.014.Layanan Surveilans dan Penapisan Malaria pada Populasi Khusus | | 2 Layanan | 38 Layanan | 38 Layanan | 38 Layanan | 38 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.011.Data dan Informasi Malaria | | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | | | | | | |
| | Output: RAB.011 Alat dan Bahan Kesehatan | | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pencegahan dan Pengendalian Malaria | | | | | | | | | | | | |
| | Output: RCB.011.Pemeliharaan Sistem Informasi Surveilans Malaria (SISMAL) | | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.011.Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian Malaria | | 40 Orang | 50 Orang | 50 Orang | 50 Orang | 50 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.011.Daerah mendapat Fasilitasi dan Pembinaan Pencegahan dan Pengendalian Malaria | | 390 Daerah | 420 Daerah | 450 Daerah | 480 Daerah | 514 Daerah | | | | | | |
| | IKK 9.5.1 Cakupan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) untuk schistosomiasis | | 87,2% | 90,4% | 93,6% | 96,8% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: QAH.032.Surveilans dan Deteksi Dini Pencegahan Schistosomiasis | | 23 Layanan | 29 Layanan | 29 Layanan | 29 Layanan | 29 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.032.Daerah mendapat Pembinaan Program Schistosomiasis | | 3 Daerah | 4 Daerah | 4 Daerah | 4 Daerah | 4 Daerah | | | | | | |
| | IKK 9.6.1 Proporsi kasus kusta baru tanpa disabilitas | | 86% | 86% | 87% | 88% | 89% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: QAH.033.Surveilans dan Deteksi Dini Kusta dan Frambusia | | 113 Layanan | 119 Layanan | 124 Layanan | 129 Layanan | 134 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QMA.033.Data dan Informasi Kusta dan Frambusia | | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.033.Daerah mendapat Pembinaan Program Kusta dan Frambusia di Daerah | | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | | | | | | |
| | IKK 9.6.2 Proporsi kasus kusta anak di antara kasus baru | | <5% | <5% | <5% | <5% | <5% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: QAH.033.Surveilans dan Deteksi Dini Kusta dan Frambusia | | 113 Layanan | 119 Layanan | 124 Layanan | 129 Layanan | 134 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.033.Data dan Informasi Kusta dan Frambusia | | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.033.Daerah mendapat Pembinaan Program Kusta dan Frambusia di Daerah | | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | | | | | | |
| | Output: RAB.033.Alat dan bahan kesehatan pencegahan dan pengendalian Kusta dan Frambusia | | 3 Paket | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | | | | | | |
| | IKK 9.6.3 Persentase penderita kusta menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu | | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QAH.033.Surveilans dan Deteksi Dini Kusta dan Frambusia | | 113 Layanan | 119 Layanan | 124 Layanan | 129 Layanan | 134 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.033.Data dan Informasi Kusta dan Frambusia | | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.033.Daerah mendapat Pembinaan Program Kusta dan Frambusia di Daerah | | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | | | | | | |
| | Meningkatnya upaya promotif dan preventif penyakit menular | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 9.7.1 Jumlah Kab/Kota endemis yang melaksanakan upaya preventif promotif rabies | | 110 Kab/Kota | 162 Kab/Kota | 214 Kab/Kota | 266 Kab/Kota | 321 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: QAH.041.Surveilans Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis | | 136 Layanan | 111 Layanan | 130 Layanan | 150 Layanan | 170 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.041.Data dan Informasi Program Zoonosis | | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 3 Dokumen | | | | | | |
| | Output: SCM.041.Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis | | 0 Orang | 316 Orang | 320 Orang | 320 Orang | 330 Orang | | | | | | |
| | Output: RAB.041.Bahan Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis | | 3 Paket | 3 Paket | 4 Paket | 4 Paket | 5 Paket | | | | | | |
| | Output: UEA.042.Rekomendasi Hasil Pemantauan dan Evaluasi Pembentukan Rabies Center | | 15 Rekomendasi | 22 Rekomendasi | 25 Rekomendasi | 25 Rekomendasi | 30 Rekomendasi | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: UBA.041.Daerah mendapat Pendampingan Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Rabies | | 10 Daerah | 15 Daerah | 20 Daerah | 20 Daerah | 25 Daerah | | | | | | |
| | Meningkatnya kabupaten/kota eliminasi Filariasis | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 9.4.1 Jumlah Kabupaten/Kota Eliminasi Filariasis | | 56 Kab/Kota | 86 Kab/Kota | 126 Kab/Kota | 166 Kab/Kota | 207 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: BAH.031.Layanan Surveilans dan deteksi dini Filariasis dan Kecacingan | | 79 Layanan | 83 Layanan | 93 Layanan | 93 Layanan | 93 Layanan | | | | | | |
| | Meningkatnya upaya pencegahan penyakit | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 9.8.1 Kab/Kota yang melaksanakan pencegahan dengue | | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: QAH.021.Layanan Intensifikasi Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Arbovirosis lainnya | | 110 Layanan | 110 Layanan | 110 Layanan | 110 Layanan | 110 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.021 Data dan Informasi Dengue dan Arbovirosis Lainnya | | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | | | | | | |
| | Output: RAB.021 Alat dan bahan kesehatan pencegahan dan pengendalian DBD dan penyakit Arbovirosis lainnya | | 5 Paket | 5 Paket | 5 Paket | 5 Paket | 5 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.021 Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Arbovirosis Lainnya | | 160 Orang | 160 Orang | 160 Orang | 160 Orang | 160 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: UBA.021 Daerah mendapatkan Fasilitasi dan Pembinaan Teknis Pelaksanaan Program Dengue dan Arbovirosis Lainnya | | 35 Daerah | 35 Daerah | 35 Daerah | 35 Daerah | 35 Daerah | | | | | | |
| | IKK 9.3.1 Kab/Kota yang telah melakukan pencegahan hepatitis virus | | 150 Kab/Kota | 250 Kab/Kota | 350 Kab/Kota | 450 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: QAH.071 Layanan Surveilans Hepatitis | | 42 Layanan | 52 Layanan | 57 Layanan | 62 Layanan | 67 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.071 Data dan Informasi Hepatitis | | 1 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | | | | | | |
| | Output: RAB.071 Bahan Deteksi Dini dan Diagnostik P2 Hepatitis | | 5 Paket | 9 Paket | 9 Paket | 9 Paket | 9 Paket | | | | | | |
| | Output: RCB.071 Pemeliharaan Sistem Informasi Hepatitis dan Penyakit ISP | | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.071 Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian Hepatitis | | 218 Orang | 218 Orang | 218 Orang | 218 Orang | 218 Orang | | | | | | |
| | Output: UAE.071 Rekomendasi Hasil Pemantauan dan Evaluasi Program Pencegahan dan Pengendalian Hepatitis | | 15 Laporan | 15 Laporan | 15 Laporan | 15 Laporan | 15 Laporan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: UBA.071 Daerah Mendapat Pembinaan Program Hepatitis di Daerah | | 5 Daerah | 5 Daerah | 5 Daerah | 5 Daerah | 5 Daerah | | | | | | |
| **xxxx-Penanggulangan Penyakit Tidak Menular** | | | | | | | | **610.144** | **413.195** | **450.150** | **408.783** | **499.580** | |
| | Meningkatnya proporsi individu yang melakukan skrining penyakit tidak menular | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 5.3.1 Persentase skrining obesitas pada populasi target | | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.002 Deteksi Dini Faktor Risiko Diabetes Melitus | | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | | | | | | |
| | Output: RAB.002 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik | | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | | | | | | |
| | Output: UBA.002 Daerah yang mendapatkan Fasilitasi dan pembinaan pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan | | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 5.3.2 Persentase skrining Hipertensi pada populasi target | | 70% | 70% | 70% | 70% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.003 Layanan Deteksi Dini Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah | | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.012 Media Komunikasi, Informasi, Edukasi Pengendalian Pembatasan Konsumsi Gula, garam dan lemak | | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.012 Tenaga Kesehatan Terlatih Pengendalian Konsumsi Gula Garam Lemak | | 200 Orang | 100 Orang | 100 Orang | 100 Orang | 300 Orang | | | | | | |
| | Output: Daerah yang mendapat Fasilitasi dan pembinaan Pengendalian Pembatasan Konsumsi Gula, garam Lemak (GGL) | | 5 Daerah | 5 Daerah | 5 Daerah | 5 Daerah | 5 Daerah | | | | | | |
| | IKK 5.3.3 Persentase skrining Tajam Penglihatan pada populasi target | | 70% | 70% | 70% | 70% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.005 Layanan Deteksi Dini Gangguan Indera | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: SCM.005 Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian Gangguan Indera dan Fungsional | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | IKK 5.3.4 Persentase skrining Tajam Pendengaran pada populasi target | | 70% | 70% | 70% | 70% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.005 Layanan Deteksi Dini Gangguan Indera | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.005 Tenaga Kesehatan Terlatih Pencegahan dan Pengendalian Gangguan Indera dan Fungsional | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | IKK 5.3.5 Persentase skrining PPOK pada populasi target | | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.XXX . Layanan Deteksi Dini Penyakit Paru | | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.XXX. Tenaga Terlatih Deteksi Dini Penyakit Paru | | 0 Layanan | 30 Layanan | 30 Layanan | 30 Layanan | 30 Layanan | | | | | | |
| | IKK 5.3.6 Persentase skrining Gigi dan mulut pada populasi target | | 25% | 30% | 50% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.013 Layanan Deteksi Dini Kesehatan Gigi | | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | dan Mulut | | | | | | | | | | | | |
| | Output: UBA.013 Fasilitasi dan pembinaan kesehatan Gigi dan Mulut | | 13 Daerah | 15 Daerah | 20 Daerah | 25 Daerah | 30 Daerah | | | | | | |
| | IKK 5.3.7 Persentase skrining Talasemia pada populasi target | | 50% | 50% | 50% | 50% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: SCM.XXX Pelatihan Deteksi Dini Talasemia | | 1.148 Orang | 1.148 Orang | 1.148 Orang | 1.148 Orang | 1.148 Orang | | | | | | |
| | Output: QAH.XXX Layanan Deteksi Dini Talasemia | | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.xxx Data dan Informasi Talasemia | | 2 Layanan | 2 Layanan | 2 Layanan | 2 Layanan | 2 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.xxx Fasilitasi dan pembinaan deteksi dini talasemia | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 5.3.8 Persentase skrining SLE pada populasi target | | 50% | 50% | 50% | 50% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.XXX Layanan Deteksi Dini SLE (Systemic Lupus Erythematosus) | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: SCM.XXX ToT dan Pelatihan Deteksi DIni SLE | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | Output: QAH. Layanan Deteksi DIni SLE | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.XXX. Daerah yang mendapatkan fasilitasi dan pembinaan deteksi dini SLE | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | Output: QMA.XXX Data dan Informasi SLE | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | Meningkatnya skrining penyakit tidak menular | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 7.3.1 Persentase perempuan dengan lesi pra kanker leher rahim yang mendapatkan pengobatan sesuai dengan protokol | | 20% | 40% | 50% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAA.004 Orang yang mendapatkan Deteksi Dini Kanker leher rahim dan payudara | | 10.000 Orang | 10.000 Orang | 10.000 Orang | 10.000 Orang | 10.000 Orang | | | | | | |
| | Output: QAA.024 Tes konfirmasi sampel Skrining kanker leher Rahim dengan HPV DNA | | 2.040.000 Orang | 2.040.000 Orang | 2.040.000 Orang | 2.040.000 Orang | 2.040.000 Orang | | | | | | |
| | Output: RAB.004 Alat dan Bahan Kesehatan Tindak Lanjut Lesi Pra Kanker Leher Rahim | | 20.000 Paket | 20.000 Paket | 20.000 Paket | 20.000 Paket | 20.000 Paket | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: SCM.004 Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kanker dan Kelainan Darah | | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.004 Monev Supervisi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kanker leher rahim dan payudara | | 54 Daerah | 54 Daerah | 54 Daerah | 54 Daerah | 54 Daerah | | | | | | |
| | IKK 7.3.2 Persentase perempuan dengan DNA HPV positif yang dilakukan tindak lanjut dengan IVA/Kolposkopi/PAPs sesuai protokol | | 30% | 50% | 65% | 80% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: RAB.004 Alat dan Bahan Kesehatan Tindak Lanjut Lesi Pra Kanker Leher Rahim | | 20.000 Paket | 20.000 Paket | 20.000 Paket | 20.000 Paket | 20.000 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.004 Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kanker dan Kelainan Darah | | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.004 Monev Supervisi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kanker leher rahim dan payudara | | 54 Daerah | 54 Daerah | 54 Daerah | 54 Daerah | 54 Daerah | | | | | | |
| | IKK 7.4.1 Persentase Skrining kanker payudara pada populasi target | | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: SCM.004 Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kanker dan Kelainan Darah | | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.004 Monev Supervisi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kanker leher rahim dan payudara | | 54 Daerah | 54 Daerah | 54 Daerah | 54 Daerah | 54 Daerah | | | | | | |
| | IKK 7.4.2 Persentase Skrining Kanker Paru pada populasi target | | 25% | 25% | 25% | 25% | 25% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.XXX .Layanan Deteksi Dini Penyakit Paru | | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.XXX. Tenaga Terlatih Deteksi Dini Penyakit Paru | | 0 Orang | 30 Orang | 30 Orang | 30 Orang | 30 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 7.4.3 Persentase Skrining Kanker Kolorektal pada populasi target | | 25% | 25% | 25% | 25% | 25% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: SCM .XXX Tenaga terlatih Deteksi Dini Kanker Kolorektal | | 1.140 Orang | 1.140 Orang | 1.140 Orang | 1.140 Orang | 1.140 Orang | | | | | | |
| | Output: QAH.XXX Layanan Deteksi Dini Kanker Kolorektal | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.xxx Daerah yang mendapat fasilitasi dan pembinaan Deteksi Dini Kanker Kolorektal | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | Output: QMA.XXX Data dan Informasi Publik Kanker Kolorektal | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 7.4.4 Kab/Kota yang Puskesmasnya melakukan Pelayanan Terpadu (PANDU PTM) pada minimal 80% kunjungan Puskesmas | | 103 Kab/Kota | 154 Kab/Kota | 206 Kab/Kota | 308 Kab/Kota | 411 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: SCM.011 Tenaga Kesehatan Terlatih Pelayanan Terpadu (PANDU) PTM | | 600 Orang | 600 Orang | 600 Orang | 600 Orang | 1.350 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.011 Daerah yang mendapat Fasilitasi dan Pembinaan Pelayanan Terpadu PTM | | 15 Daerah | 15 Daerah | 15 Daerah | 15 Daerah | 26 Daerah | | | | | | |
| | IKK 7.7.1 Persentase skrining kolesterol (risiko stroke) pada populasi target | | 50% | 50% | 50% | 50% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: SCM.002 Pelatihan Edukator Diabetes Nasional Tingkat Dasar Bagi Tenaga Kesehatan | | 420 Orang | 420 Orang | 420 Orang | 420 Orang | 420 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: UBA.002 Daerah yang mendapatkan Fasilitasi dan pembinaan pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan | | 52 Orang | 52 Orang | 52 Orang | 52 Orang | 52 Orang | | | | | | |
| | IKK 5.1.4 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia dewasa | | 35% | 45% | 56% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Meningkatnya skrining penyakit dan faktor risiko penyakit tidak menular | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 8.1.1 Cakupan skrining faktor risiko penyakit jantung dengan pemeriksaan EKG dan skrining penyakit ginjal kronis | | 20% | 30% | 40% | 45% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.003 Layanan Deteksi Dini Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah | | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.003 Fasilitasi dan pembinaan pencegahan dan pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah | | 5 Layanan | 10 Layanan | 15 Layanan | 25 Layanan | 34 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 8.1.2 Persentase penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | | 5% | 15% | 25% | 32% | 38% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.003 Layanan Deteksi Dini Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah | | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | 4 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.003 Fasilitasi dan pembinaan pencegahan dan pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah | | 5 Layanan | 10 Layanan | 15 Layanan | 25 Layanan | 34 Layanan | | | | | | |
| | IKK 8.2.1 Jumlah Kab/Kota yang melakukan skrining DM > 60% | | 52 Kab/Kota | 70 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 130 Kab/Kota | 175 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAA.002 Orang yang Mendapatkan Deteksi Dini FR Diabetes Melitus | | 36.275.610 Orang | 36.275.610 Orang | 36.275.610 Orang | 36.275.610 Orang | 36.275.610 Orang | | | | | | |
| | Output: QAH.002 Deteksi Dini Faktor Risiko Diabetes Melitus | | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | | | | | | |
| | Output: RAB.002 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik | | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | 200 Paket | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: UBA.002 Daerah yang mendapatkan Fasilitasi dan pembinaan pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan | | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | 514 Daerah | | | | | | |
| | Meningkatnya kabupaten/kota yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 8.5.1 Jumlah Kabupaten/Kota yang menerapkan KTR | | 397 Kab/Kota | 427 Kab/Kota | 457 Kab/Kota | 487 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QMA.006 Penyediaan Media Komunikasi, Informasi, Edukasi Kawasan Tanpa Rokok | | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.006 Pelatihan Penerapan dan Penegakan KTR | | 50 Orang | 50 Orang | 50 Orang | 50 Orang | 50 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA. 006 Pembinaan Penerapan Implementasi Kawasan Tanpa Rokok di 7 Tatanan | | 83 Daerah | 83 Daerah | 83 Daerah | 83 Daerah | 83 Daerah | | | | | | |
| | Meningkatnya layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 8.5.2 Jumlah Kab/Kota yang melakukan pelayanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) | | 276 Kab/Kota | 325 Kab/Kota | 374 Kab/Kota | 423 Kab/Kota | 472 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAA.001 Orang yang mendapatkan Layanan Konseling Upaya Berhenti Merokok | | 150.000 Orang | 150.000 Orang | 150.000 Orang | 150.000 Orang | 150.000 Orang | | | | | | |
| | Output: QMA.001 Penyediaan Media Komunikasi, Informasi, Edukasi Penyelenggaraan Layanan Upaya Berhenti Merokok | | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.001 Pelatihan Konseling Upaya Berhenti Merokok | | 30 Orang | 30 Orang | 30 Orang | 30 Orang | 240 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.001 Fasilitasi dan Pembinaan Layanan Upaya Berhenti Merokok | | 18 Daerah | 18 Daerah | 18 Daerah | 18 Daerah | 76 Daerah | | | | | | |
| | IKK 8.5.3 Persentase Puskesmas yang memberikan layanan farmakoterapi untuk UBM | | 3% | 6% | 9% | 12% | 15% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.XXX .Uji Coba Farmakoterapi Terapi Layanan UBM | | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | 3 Layanan | | | | | | |
| | Meningkatnya kabupaten/kota yang mengendalikan Gula Garam Lemak (GGL) | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 8.6.1 Kab/Kota yang melakukan pengendalian konsumsi gula garam lemak | | 50 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | 250 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QMA,012 Media Komunikasi, Informasi, Edukasi Pengendalian Pembatasan Konsumsi Gula Garam Lemak | | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.012 Tenaga Kesehatan Terlatih Pengendalian Konsumsi Gula Garam Lemak | | 200 Orang | 200 Orang | 200 Orang | 200 Orang | 300 Orang | | | | | | |
| | Output: Daerah yang mendapat Fasilitasi dan pembinaan Pengendalian Pembatasan Konsumsi Gula Garam Lemak | | 2 Daerah | 2 Daerah | 2 Daerah | 2 Daerah | 34 Daerah | | | | | | |
| | Meningkatnya skrining kolesterol di Puskesmas | | | | | | | | | | | | |
| | 8.7.1 Persentase skrining kolesterol (risiko stroke) pada populasi target | | 50% | 50% | 50% | 50% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Meningkatnya upaya promotif dan preventif penyakit tidak menular | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 13.1.1 Puskesmas yang secara aktif mengelola faktor risiko obesitas | | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QAH.002 Deteksi Dini Faktor Risiko Diabetes Melitus | | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | | | | | | |
| | Output: RAB.002 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik | | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | | | | | | |
| | Output: UBA.002 Daerah yang mendapatkan Fasilitasi dan pembinaan pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan | | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | | | | | | |
| | IKK 13.1.2 Penurunan relatif persentase penduduk yang kurang aktivitas fisik | | 50% | 100% | 150% | 200% | 250% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| | Output: QAH.002 Deteksi Dini Faktor Risiko Diabetes Melitus | | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | | | | | | |
| | Output: RAB.002 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik | | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | 150 Paket | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: UBA.002 Daerah yang mendapatkan Fasilitasi dan pembinaan pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan | | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | 52 Daerah | | | | | | |
| **xxxx-Peningkatan Pelayanan Kesehatan Jemaah Haji** | | | | | | | | **289.936** | **297.184** | **304.614** | **312.229** | **320.035** | |
| | 01-Terkelolanya pelayanan kesehatan haji | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 8.8.1 Persentase jemaah haji risiko tinggi estimasi berangkat T+1 yang mendapatkan pembinaan kesehatan haji | | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Kesehatan Haji |
| | Output: BDD.001 Fasilitasi dan Pembinaan Kelompok Masyarakat | | 2 Kelompok Masyarakat | 2 Kelompok Masyarakat | 2 Kelompok Masyarakat | 2 Kelompok Masyarakat | 2 Kelompok Masyarakat | | | | | | |
| | IKK 8.8.2 Indeks kepuasan jemaah haji terhadap layanan kesehatan di Arab Saudi | | 85 | 85.5 | 86 | 86.5 | 87 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Kesehatan Haji |
| | Output: 6816.QAH.001-Pelayanan Publik Lainnya | | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |
| **xxxx-Pengelolaan Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA** | | | | | | | | **10.191** | **15.285** | **20.566** | **25.842** | **32.038** | |
| | Meningkatnya layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 6.4.1 Persentase Puskesmas yang mampu memberikan layanan rehabilitasi medis penyalahguna NAPZA | | 10% | 15% | 20% | 25% | 30% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | Output: 024.D.xxxx.PEA.xx1 Koordinasi Program Kesehatan Jiwa dan Napza (LP-34) | | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | | | | | | |
| | IKK 6.4.2 Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki Rumah Sakit Umum dengan layanan rehabilitasi medis NAPZA | | 47% | 60% | 74% | 87% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | Output: 024.D.xxxx.UBA.xx2 - Fasilitasi dan Pembinaan kepada pemerintah daerah untuk pelayanan kesehatan jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (LP-34) | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| **xxxx-Pengelolaan Pelayanan Surveilans dan Kesehatan Lingkungan** | | | | | | | | **420.196** | **520.028** | **637.915** | **790.953** | **1.029.710** | |
| | Meningkatnya kabupaten/kota yang menerapkan lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) secara berkelanjutan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 12.1.1 Kab/Kota dengan kepala keluarga yang mencapai stop buang air besar sembarangan | | 260 Kab/Kota | 325 Kab/Kota | 390 Kab/Kota | 455 Kab/Kota | 514 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QEH.xxx. Kelompok Masyarakat Mendapat Bantuan Implementasi dalam Peningkatan Kualitas Kesehatan Lingkungan | | 300 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | | | | | | |
| | Output: QAH.xxx. Layanan Publik terkait Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | 38 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.001. Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Implementasi 5 Pilar STBM | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx. Pelatihan Implementasi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | - | - | 300 Orang | 300 Orang | 300 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.xxx. Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Penilaian Risiko Kesehatan Lingkungan (EHRA) | | - | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 12.1.2 Kab/Kota dengan kepala keluarga berperilaku cuci tangan pakai sabun | | 30 Kab/Kota | 60 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QEH.xxx. Kelompok Masyarakat Mendapat Bantuan Implementasi dalam Peningkatan Kualitas | | 300 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kesehatan Lingkungan | | | | | | | | | | | | |
| | Output: QAH.xxx. Layanan Publik terkait Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | 38 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.001. Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Implementasi 5 Pilar STBM | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx. Pelatihan Implementasi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | - | - | 300 Orang | 300 Orang | 300 Orang | | | | | | |
| | IKK 12.1.3 Kab/Kota dengan kepala keluarga yang melakukan pengelolaan air minum dan pangan | | 30 Kab/Kota | 60 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QAH.xxx. Layanan Publik terkait Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | 38 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.001. Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Implementasi 5 Pilar STBM | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx. Pelatihan Implementasi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | - | - | 300 Orang | 300 Orang | 300 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 12.1.4 Kab/Kota dengan kepala keluarga yang melakukan pengelolaan sampah | | 30 Kab/Kota | 60 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QAH.xxx. Layanan Publik terkait Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | 38 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | | | | | | |
| | Output: UBA.001. Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Implementasi 5 Pilar STBM | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx. Pelatihan Implementasi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | - | - | 300 Orang | 300 Orang | 300 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.xxx. Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Penilaian Risiko Kesehatan Lingkungan (EHRA) | | - | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 12.1.5 Kab/Kota dengan kepala keluarga yang melakukan pengelolaan limbah cair | | 30 Kab/Kota | 60 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QAH.xxx. Layanan Publik terkait Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | 38 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | 51 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: UBA.001. Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Implementasi 5 Pilar STBM | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx. Pelatihan Implementasi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) | | - | - | 300 Orang | 300 Orang | 300 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.xxx. Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Penilaian Risiko Kesehatan Lingkungan (EHRA) | | - | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | **Meningkatnya surveilans penyakit potensial KLB/ Wabah** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 24.1.1 Kab/Kota yang merespon sinyal SKDR <24 jam minimal 80% | | **462** Kab/Kota | **472** Kab/Kota | **482** Kab/Kota | **492** Kab/Kota | **514** Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |
| | Output: QAH.001 Penyelidikan Epidemiologi/Investigasi Penyakit Potensial KLB/Wabah | | 257 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: RAB.001 Pengadaan Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Potensial KLB/Wabah | | 2 Paket | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: SCM.004 Pendidikan dan Pelatihan | | 30 Orang | - | - | - | - | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bidang Surveilans | | | | | | | | | | | | |
| | Output: UBA.001 Monitoring dan Supervisi Surveilans dan Respon KLB/Wabah | | 38 Daerah | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QMA.008 Deteksi Dini dan Kesiapsiagaan serta Respon KLB/Wabah dan Kesehatan Masyarakat | | 6 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAH.001 Layanan Kewaspadaan Dini dan Respon Penyakit Potensi KLB/Wabah | | - | 296 Layanan | 296 Layanan | 296 Layanan | 296 Layanan | | | | | | |
| | Output: RAB.001 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Potensial KLB/Wabah | | - | 2 Paket | 2 Paket | 2 Paket | 2 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.004 Pelatihan Bidang Surveilans | | - | 30 Orang | 30 Orang | 30 Orang | 30 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.001 Pembinaan Surveilans Kewaspadaan Dini dan Respon KLB/Wabah | | - | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 24.1.2 Kab/Kota yang melakukan pemetaan risiko penyakit infeksi emerging dan rekomendasinya | | **80%** | **82%** | **85%** | **88%** | **90%** | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QAH.004 Surveilans dan Deteksi Dini Penyakit Infeksi Emerging | | 14 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: RAB.004 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi Emerging | | 3 Paket | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: SCM.005 Workshop Bidang Infeksi Emerging | | 125 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: UBA.004 Daerah Mendapat Monitoring dan Supervisi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi Emerging | | 111 Daerah | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QMA.008 Deteksi Dini dan Kesiapsiagaan serta Respon KLB/ Wabah dan Kesehatan Masyarakat | | 6 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: BAH.004 Layanan Surveilans dan Deteksi Dini Penyakit Infeksi Emerging | | - | 29 Layanan | 29 Layanan | 29 Layanan | 29 Layanan | | | | | | |
| | Output: CAB.004 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi Emerging | | - | 3 Paket | 3 Paket | 3 Paket | 3 Paket | | | | | | |
| | Output: DCM.005 Pelatihan Bidang Infeksi Emerging | | - | 125 Orang | 125 Orang | 125 Orang | 125 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: FBA.004 Pembinaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi Emerging | | - | 111 Daerah | 111 Daerah | 111 Daerah | 111 Daerah | | | | | | |
| | IKK 24.1.3 Rumah Sakit yang melaksanakan Surveilans Penyakit Infeksi Emerging (PIE) | | **40%** | **50%** | **60%** | **70%** | **85%** | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |
| | Output: QAH.004 Surveilans dan Deteksi Dini Penyakit Infeksi Emerging | | 14 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: RAB.004 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi Emerging | | 3 Paket | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: SCM.005 Workshop Bidang Infeksi Emerging | | 125 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: UBA.004 Daerah Mendapat Monitoring dan Supervisi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi Emerging | | 111 Daerah | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QMA.008 Deteksi Dini dan Kesiapsiagaan serta Respon KLB/ Wabah dan Kesehatan Masyarakat | | 6 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: BAH.004 Layanan Surveilans dan Deteksi Dini Penyakit Infeksi Emerging | | - | 29 Layanan | 29 Layanan | 29 Layanan | 29 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: CAB.004 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi Emerging | | - | 3 Paket | 3 Paket | 3 Paket | 3 Paket | | | | | | |
| | Output: DCM.005 Pelatihan Bidang Infeksi Emerging | | - | 125 Orang | 125 Orang | 125 Orang | 125 Orang | | | | | | |
| | Output: FBA.004 Pembinaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi Emerging | | - | 111 Daerah | 111 Daerah | 111 Daerah | 111 Daerah | | | | | | |
| | IKK 24.1.4 Kab/Kota yang mempunyai kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah | | **45%** | **55%** | **65%** | **75%** | **85%** | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |
| | Output: QAH.013 Rencana Kontinjensi dan Simulasi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat (KKM) | | 135 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: RAB.003 Pengadaan Alat dan Bahan Kesehatan Kekarantinaan Kesehatan | | 6 Paket | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: SCM.003 Pendidikan dan Pelatihan Kekarantinaan Kesehatan | | 60 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: UBA.003 Monitoring dan Supervisi Kekarantinaan Kesehatan | | 38 Daerah | - | - | - | - | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QMA.008 Deteksi Dini dan Kesiapsiagaan serta Respon KLB/ Wabah dan Kesehatan Masyarakat | | 6 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAH.013 Layanan Kekarantinaan Kesehatan di Pintu Masuk dan Wilayah | | - | 235 Layanan | 235 Layanan | 235 Layanan | 235 Layanan | | | | | | |
| | Output: RAB.003 Alat dan Bahan Kesehatan Kekarantinaan Kesehatan | | - | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.003 Pelatihan Bidang Kekarantinaan Kesehatan | | - | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.003 Pembinaan Penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan | | - | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 24.1.5 Kab/Kota yang puskesmasnya melaksanakan surveilans dan intervensi vektor & binatang pembawa penyakit | | **65%** | **70%** | **75%** | **80%** | **85%** | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: 2058.QAH.014. Layanan Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit | | 334 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: 2058.UBA.011. Daerah Mendapat Monitoring dan Supervisi Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit | | 30 Daerah | - | - | - | - | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 2058.SCM.011. Tenaga Terlatih Pengendalian Vektor/Entomolog Kesehatan | | 12 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: 1. xxx.BAH.xxx. Layanan Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit | | - | 11 Layanan | 11 Layanan | 11 Layanan | 11 Layanan | | | | | | |
| | Output: xxx.FBA.xxx. Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit | | - | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | Output: xxx.SCM.xxx. Pelatihan Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit | | - | 30 Orang | 30 Orang | 30 Orang | 30 Orang | | | | | | |
| | IKK 24.1.6 Kab/Kota yang mampu mendeteksi penyakit potensial wabah/KLB/KKM dan/atau faktor risikonya berbasis laboratorium | | **50%** | **55%** | **60%** | **65%** | **70%** | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |
| | Output: QAH.007 Surveilans dan Deteksi Dini Penyakit Potensial KLB/Wabah | | 26 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QMA.008 Deteksi Dini dan Kesiapsiagaan serta Respon KLB/ Wabah dan Kesehatan Masyarakat | | 6 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: RAB.008 Pengadaan Sarana, Prasarana, Alat dan Bahan Kesehatan Surveilans Berbasis Laboratorium | | 2 Paket | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: SCM.010 Pelatihan Petugas Laboratorium Surveilans | | 60 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: UBA.010 Monitoring dan Supervisi Surveilans Berbasis Laboratorium | | 20 Daerah | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: BAH.007 Layanan Surveilans Berbasis Laboratorium | | - | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |
| | Output: CAB.008 Alat dan Bahan Kesehatan Surveilans Berbasis Laboratorium | | - | 5 Paket | 5 Paket | 5 Paket | 5 Paket | | | | | | |
| | Output: DCM.010 Pelatihan Bidang Surveilans Berbasis Laboratorium | | - | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | | | | | | |
| | **Meningkatnya kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 24.2.2 Persentase pintu masuk yang memiliki kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah | | **47%** | **54%** | **61%** | **68%** | **75%** | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QAH.013 Rencana Kontinjensi dan Simulasi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat (KKM) | | 135 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: RAB.003 Pengadaan Alat dan Bahan Kesehatan Kekarantinaan Kesehatan | | 6 Paket | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: SCM.003 Pendidikan dan Pelatihan Kekarantinaan Kesehatan | | 60 Orang | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: UBA.003 Monitoring dan Supervisi Kekarantinaan Kesehatan | | 38 Daerah | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QMA.008 Deteksi Dini dan Kesiapsiagaan serta Respon KLB/ Wabah dan Kesehatan Masyarakat | | 6 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: QAH.013 Layanan Kekarantinaan Kesehatan di Pintu Masuk dan Wilayah | | - | 235 Layanan | 235 Layanan | 235 Layanan | 235 Layanan | | | | | | |
| | Output: RAB.003 Alat dan Bahan Kesehatan Kekarantinaan Kesehatan | | - | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | 6 Paket | | | | | | |
| | Output: SCM.003 Pelatihan Bidang Kekarantinaan Kesehatan | | - | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.003 Pembinaan Penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan | | - | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Meningkatnya desa/ kelurahan sehat iklim** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 24.5.1 Desa/kelurahan sehat iklim | | 462 Desa/Kelurahan | 1078 Desa/Kelurahan | 1850 Desa/Kelurahan | 2776 Desa/Kelurahan | 5140 Desa/Kelurahan | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QAH.001 Pelayanan Publik Bidang Kesehatan Lingkungan | | 38 Layanan | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: UBA.008. Daerah Mendapat Fasilitasi dan Pembinaan dalam Adaptasi Perubahan Iklim Bidang Kesehatan dan Kebencanaan Lingkungan | | 38 Daerah | - | - | - | - | | | | | | |
| | Output: BAH.xxx Layanan Publik terkait Adaptasi Perubahan Iklim Kesehatan dan Kebencanaan Lingkungan | | - | 11 Layanan | 11 Layanan | 11 Layanan | 11 Layanan | | | | | | |
| | Output: DCM.xxx Pelatihan Penyusunan Rencana Aksi Daerah Adaptasi Perubahan Iklim Bidang Kesehatan (RAD-APIK) | | - | 65 Orang | 65 Orang | 65 Orang | 65 Orang | | | | | | |
| | Output: FBA.xxx Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Adaptasi Perubahan Iklim Bidang Kesehatan dan Kebencanaan Lingkungan | | - | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 24.5.2 Persentase penurunan kasus penyakit sensitif iklim | | 10% | 11% | 12% | 13% | 14% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| | Output: 1. QAH.081 Layanan Intensifikasi Penemuan Kasus dan Deteksi Dini Pneumonia | | 50 Layanan | 50 Layanan | 50 Layanan | 50 Layanan | 50 Layanan | | | | | | |
| | Output: QAH.082 Layanan Surveilans Pencegahan dan Pengendalian ISPA | | 15 Layanan | 15 Layanan | 20 Layanan | 25 Layanan | 30 Layanan | | | | | | |
| | Output: QAH.021 Layanan Intensifikasi Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Arbovirosis lainnya | | 110 Layanan | 110 Layanan | 120 Layanan | 120 Layanan | 130 Layanan | | | | | | |
| | Output: RAB.021 Alat dan bahan kesehatan pencegahan dan pengendalian DBD dan penyakit Arbovirosis lainnya | | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | | | | | | |
| | Output: QAH.011 Layanan Intensifikasi Penemuan Kasus dalam Rangka Eliminasi Malaria | | 390 Layanan | 420 Layanan | 450 Layanan | 480 Layanan | 514 Layanan | | | | | | |
| | Output: RAB.011 Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Malaria | | 6 Layanan | 6 Layanan | 6 Layanan | 6 Layanan | 6 Layanan | | | | | | |
| | Output: QAH.072 Layanan Respon Peningkatan Kasus Penyakit Diare dan Penyakit Infeksi Saluran | | 36 Layanan | 36 Layanan | 36 Layanan | 36 Layanan | 36 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pencernaan Lainnya | | | | | | | | | | | | |
| | **Meningkatnya kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 25.1.1 Kab/Kota yang melaksanakan pengawasan kualitas air minum pada sarana air minum memenuhi syarat | | **50** Kab/Kota | **100** Kab/Kota | **150** Kab/Kota | **200** Kab/Kota | **250** Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QAH.xxx Layanan Publik terkait Kualitas Air Minum | | 38 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | | | | | | |
| | Output: QEH.xxx Kelompok Masyarakat Mendapat Bantuan Implementasi dalam Peningkatan Kualitas Kesehatan Lingkungan | | 300 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx Pelatihan Pengawasan Kualitas Air Minum | | 500 Orang | 550 Orang | 550 Orang | 550 Orang | 550 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.002 Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Pengawasan Kualitas Air Minum | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 25.1.2 Kab/kota dengan hasil surveilans kualitas air minum tingkat rumah tangga memenuhi syarat | | **50** Kab/Kota | **100** Kab/Kota | **150** Kab/Kota | **200** Kab/Kota | **250** Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QAH.xxx Layanan Publik terkait Kualitas Air Minum | | 38 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | 10 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx Pelatihan Pengawasan Kualitas Air Minum | | 500 Orang | 550 Orang | 550 Orang | 550 Orang | 550 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.002 Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Pengawasan Kualitas Air Minum | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 25.3.1 Kab/Kota yang kualitas udara dalam ruang di permukiman memenuhi syarat | | **50** Kab/Kota | **100** Kab/Kota | **150** Kab/Kota | **200** Kab/Kota | **250** Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QAH.xxx Layanan Publik terkait Kualitas Udara Dalam Ruang | | 38 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx Pelatihan Pengawasan Kualitas Udara | | - | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.007 Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Penyehatan Kualitas Udara | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 25.4.1 Kab/Kota dengan Fasyankes yang memenuhi syarat kesehatan lingkungan | | **231** Kab/Kota | **283** Kab/Kota | **334** Kab/Kota | **385** Kab/Kota | **436** Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QAH.xxx Layanan Publik terkait Fasyankes yang Memenuhi Syarat Kesehatan Lingkungan | | 38 Layanan | 7 Layanan | 7 Layanan | 7 Layanan | 7 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx Pelatihan Pelatih Manajemen Kesehatan Lingkungan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan | | 30 Orang | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.004 Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Implementasi Fasyankes yang Memenuhi Syarat Kesehatan Lingkungan | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 25.4.2 Kab/Kota dengan tempat fasilitas umum yang memenuhi syarat | | **308** Kab/Kota | **334** Kab/Kota | **360** Kab/Kota | **386** Kab/Kota | **411** Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QAH.xxx Layanan Publik terkait Pengawasan Tempat Fasilitas Umum | | 38 Layanan | 38 Layanan | 38 Layanan | 38 Layanan | 38 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx Pelatihan Implementasi Tempat Fasilitas Umum (TFU) Memenuhi Syarat | | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.006 Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Pengawasan Tempat Fasilitas Umum | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: QAH.xxx Layanan Publik terkait Kabupaten/Kota Sehat | | 38 Layanan | 6 Layanan | 6 Layanan | 6 Layanan | 6 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx Pelatihan Penyelenggaraan Kabupaten Kota Sehat | | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | 500 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.003 Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Implementasi Kabupaten/Kota Sehat | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | **Meningkatnya Kabupaten/Kota dengan Pengelolaan Pangan Siap Saji memenuhi syarat** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 25.2.1 Kab/Kota dengan tempat pengelolaan pangan siap saji memenuhi syarat | | **50** Kab/Kota | **100** Kab/Kota | **150** Kab/Kota | **300** Kab/Kota | **360** Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QAH.xxx Layanan Publik terkait Pengawasan Tempat Pengelolaan Pangan | | 38 Layanan | 8 Layanan | 8 Layanan | 8 Layanan | 8 Layanan | | | | | | |
| | Output: QEH.xxx Kelompok Masyarakat Mendapat Bantuan Implementasi dalam Peningkatan Kualitas Kesehatan Lingkungan | | 300 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | 600 Kelompok Masyarakat | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx Pelatihan Pengawasan Keamanan Pangan | | 500 Orang | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: UBA.005 Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Pengawasan Tempat Pengelolaan Pangan | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| | IKK 25.2.2 Kab/Kota dengan persentase pangan olahan siap saji memenuhi syarat (POSS) | | **50** Kab/Kota | **100** Kab/Kota | **150** Kab/Kota | **300** Kab/Kota | **360** Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| | Output: QAH.xxx Layanan Publik terkait Pengawasan Tempat Pengelolaan Pangan | | 38 Layanan | 8 Layanan | 8 Layanan | 8 Layanan | 8 Layanan | | | | | | |
| | Output: SCM.xxx Pelatihan Pengawasan Keamanan Pangan | | 500 Orang | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | 60 Orang | | | | | | |
| | Output: UBA.005 Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah dalam Pengawasan Tempat Pengelolaan Pangan | | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | 38 Daerah | | | | | | |
| **xxxx-Penguatan Pelayanan Kesehatan Lanjutan** | | | | | | | | **13.441.652** | **14.174.083** | **10.837.486** | **11.968.395** | **11.006.350** | |
| | Meningkatnya jumlah RS mampu ponek sesuai standar | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 1.4.1 Persentase Kabupaten/Kota dengan RS PONEK sesuai standar | | 25% | 35% | 50% | 65% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 2090.QDB.001-Pembinaan RS PONEK serta Operasi Sectio Caesarea Darurat dalam Waktu Kurang Atau Sama Dengan 30 Menit | | 570 Lembaga (RS) | 620 Lembaga (RS) | 670 Lembaga (RS) | 720 Lembaga (RS) | 770 Lembaga (RS) | | | | | | |
| | Kab/Kota dengan RSUD kelas D yang ditingkatkan menjadi kelas C | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 14.1.1 Kab/Kota dengan RSUD tipe D yang ditingkatkan menjadi tipe C | | 22 Kab/Kota | 32 Kab/Kota | 49 Kab/Kota | 66 Kab/Kota | 66 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 2051. QEG.001 RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC bidang kesehatan) | | 22 Paket | 15 Paket | 10 Paket | 10 Paket | - | | | | | | |
| | Output: AEA.004 Koordinasi Pelaksanaan Quick Win / PHTC Peningkatan RSUD berkualitas dari kelas D/ D Pratama | | 3 Kegiatan | 3 Kegiatan | 3 Kegiatan | 3 Kegiatan | 3 Kegiatan | | | | | | |
| | Output: UAE.015 Monitoring Program Quick Win/PHTC Peningkatan RSUD Berkualitas dari Kelas D/D Pratama Menjadi Strata Madya | | 61 Laporan | 61 Laporan | 61 Laporan | 61 Laporan | 61 Laporan | | | | | | |
| | RS Kab/Kota yang telah memenuhi standar ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) sesuai standar | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 14.1.2 Persentase RS pemerintah daerah yang memenuhi ketersediaan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA) sesuai standar | | 45% | 60% | 70% | 75% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: QDB.005 RS yang diberikan bimbingan teknis ASPAK untuk ketersediaan sarana prasarana dan alat kesehatan | | 179 Lembaga | 366 Lembaga | 561 Lembaga | 765 Lembaga | 974 Lembaga | | | | | | |
| | Output: RAB.009 Pengadaan peralatan Kesehatan dan pendukungnya untuk Rumah Sakit (SIHREN) (LR - 11) | | - | 1.085 Unit | 0 Unit | 0 Unit | 0 Unit | | | | | | |
| | Output: UAE.011 Monitoring Pemanfaatan Bantuan Alat Kesehatan dan Penunjang BMN SIHREN | | 10 Laporan | 10 Laporan | 0 Laporan | 0 Laporan | 0 Laporan | | | | | | |
| | UPD milik pemerintah dengan SPA sesuai standar | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 14.1.3 Persentase UPD milik pemerintah dengan SPA sesuai standar | | 35% | 60% | 70% | 75% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: UAE.004 Sarana Prasarana dan Alat UTD yang dilakukan monitoring dan evaluasi | | 37 Laporan | 85 Laporan | 114 Laporan | 114 Laporan | 114 Laporan | | | | | | |
| | Kab/Kota dengan wilayah berciri kepulauan yang dilayani RS kapal sesuai standar | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 14.1.5 Kab/Kota dengan wilayah berciri kepulauan yang dilayani RS kapal sesuai standar | | 27 Kab/Kota | 30 Kab/Kota | 32 Kab/Kota | 35 Kab/Kota | 40 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 2051.QEG.002-Bantuan Operasional RS Kapal (PHTC) | | 9 RS Kapal | 9 RS Kapal | 9 RS Kapal | 9 RS Kapal | 9 RS Kapal | | | | | | |
| | Kab/kota yang memenuhi rasio TT minimal 2:1000 | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 14.2.1 Jumlah Kab/Kota yang memenuhi rasio tempat tidur (TT) minimal 2:1000 | | 124 Kab/Kota | 143 Kab/Kota | 162 Kab/Kota | 181 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: Penyelenggaraan Perizinan FKTL | | 124 | 143 | 162 | 181 | 200 | | | | | | |
| | Fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedicine | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 16.3.1 Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedicine | | 400 Fasyankes | 450 Fasyankes | 500 Fasyankes | 550 Fasyankes | 600 Fasyankes | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 2090.QDB.101-Bimbingan Teknis dan Supervisi Terkait Pengembangan Pelayanan Telemedisin | | 400 Lembaga | 400 Lembaga | 400 Lembaga | 400 Lembaga | 400 Lembaga | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: xxx. Pengembangan dan Integrasi Sistem Aplikasi Telemedisin | | 100 Lembaga | 100 Lembaga | 100 Lembaga | 100 Lembaga | 100 Lembaga | | | | | | |
| | Output: xxx. Monitoring dan Evaluasi Pengembangan Pelayanan Berbasis Teknologi Informasi dan Teknologi Kesehatan Lainnya | | 9 Laporan | 9 Laporan | 9 Laporan | 9 Laporan | 9 Laporan | | | | | | |
| | Output: xxx. Bimbingan Teknis Pengembangan Pelayanan Berbasis Teknologi Kesehatan Lainnya | | 7 Laporan | 7 Laporan | 7 Laporan | 7 Laporan | 7 Laporan | | | | | | |
| | Meningkatnya tata kelola klinis kesehatan lanjutan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 16.3.3 Persentase RS Pemerintah yang mampu tatalaksana korban kekerasan terhadap Perempuan dan anak (KtPA) | | 20% | 40% | 50% | 60% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| | Output: 2090.QDB.005-RS yang dibina dalam tata laksana kekerasan terhadap perempuan dan anak | | 177 Lembaga | 177 Lembaga | 177 Lembaga | 177 Lembaga | 177 Lembaga | | | | | | |
| | IKK 16.3.4 Persentase fasilitas kesehatan yang terintegrasi dalam sistem rujukan online nasional | | 20% | 30% | 50% | 60% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| | Output: 2090.QDB.003-Implementasi Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) | | 100 Lembaga | 100 Lembaga | 100 Lembaga | 100 Lembaga | 100 Lembaga | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 16.4.3 Persentase faskes yang melaksanakan dan melaporkan audit medis | | 50% | 60% | 70% | 85% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| | Output: 2090.BDB.006 Implementasi Audit Klinis/medis pada 10 layanan prioritas | | 345 RS | 399 RS | 454 RS | 508 RS | 564 RS | | | | | | |
| | IKK 16.4.6 Persentase RS yang memberikan layanan geriatri terpadu | | 20% | 25% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| | Output: 2090.QDB.004 Pembinaan pelayanan geriatri sesuai standar | | 92 Lembaga | 92 Lembaga | 92 Lembaga | 92 Lembaga | 92 Lembaga | | | | | | |
| | IKK 16.5.1 Persentase provinsi dengan RS yang memenuhi kapasitas pelayanan kesehatan ibu-anak, kanker, jantung, stroke, ginjal sesuai standar | | 40% | 60% | 70% | 80% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| | Output: 2090.QDB.006-RS yang ditingkatkan kompetensi dalam layanan prioritas jantung | | 320 RS | 320 RS | 320 RS | 320 RS | 320 RS | | | | | | |
| | Output: 2090.QDB.007-RS yang ditingkatkan kompetensi dalam layanan kanker | | 321 RS | 321 RS | 321 RS | 321 RS | 321 RS | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 2090.QDB.008-RS yang ditingkatkan kompetensi dalam layanan stroke | | 314 RS | 314 RS | 314 RS | 314 RS | 314 RS | | | | | | |
| | IKK 16.5.2 Persentase kab/kota dengan RS yang memenuhi kapasitas pelayanan kesehatan ibu-anak, kanker, jantung, stroke, ginjal sesuai standar | | 20% | 45% | 55% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| | Output: 2090.QDB.011-RS yang ditingkatkan kompetensi dalam layanan uronefrologi | | 318 RS | 318 RS | 318 RS | 318 RS | 318 RS | | | | | | |
| | Output: 2090.QDB.015-RS yang ditingkatkan kompetensi dalam layanan kesehatan ibu dan anak | | 318 RS | 318 RS | 318 RS | 318 RS | 318 RS | | | | | | |
| | IKK 16.5.3 Persentase RS Pemerintah dengan kompetensi minimal strata Madya untuk pelayanan DM, TBC, PIE, Gastrohepato dan/atau Kesehatan Jiwa, sesuai yang telah ditetapkan | | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| | Output: 2090.QDB.009-RS yang ditingkatkan kompetensi dalam layanan respirasi dan TB | | 80 RS | 80 RS | 80 RS | 80 RS | 80 RS | | | | | | |
| | Output: 2090.QDB.010-RS yang ditingkatkan | | 177 RS | 177 RS | 177 RS | 177 RS | 177 RS | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | kompetensi dalam layanan diabetes mellitus | | | | | | | | | | | | |
| | Output: 2090.QDB.012-RS yang ditingkatkan kompetensi dalam layanan penyakit infeksi emerging | | 50 RS | 50 RS | 50 RS | 50 RS | 50 RS | | | | | | |
| | Output: 2090.QDB.013-RS yang ditingkatkan kompetensi dalam layanan kesehatan jiwa | | 15 RS | 15 RS | 15 RS | 15 RS | 15 RS | | | | | | |
| | Output: 2090.QDB.014-RS yang ditingkatkan kompetensi dalam layanan gastrohepatologi | | 40 RS | 40 RS | 40 RS | 40 RS | 40 RS | | | | | | |
| | IKK 16.7.1 Jumlah RS yang memberikan pelayanan trauma center di Kab/kota | | 92 RS | 154 RS | 231 RS | 308 RS | 514 RS | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| | Output: 2090.BDB.012 Pembinaan pusat pelayanan trauma di kabupaten/kota | | - | 62 Lembaga | 62 Lembaga | 62 Lembaga | 62 Lembaga | | | | | | |
| | **Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Lanjutan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 16.4.1 Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) | | 8% | 16% | 24% | 32% | 40% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: Rumah Sakit Pemerintah Terakreditasi | | 38 Lembaga | 45 Lembaga | 60 Lembaga | 75 Lembaga | 85 Lembaga | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Paripurna | | | | | | | | | | | | |
| | Output: Peningkatan Kepatuhan terhadap standar Pelayanan kesehatan Rumah Sakit dan Unit Pengelola Darah Melalui Pelaporan Indikator Nasional Mutu dan Insiden Keselamatan Pasien | | 8 Lembaga | 16 Lembaga | 24 Lembaga | 32 Lembaga | 40 Lembaga | | | | | | |
| | IKK 16.4.2 Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan | | 8% | 16% | 24% | 32% | 40% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 5836.BKC.002 Pemantauan Mutu laboratorium klinik dan Klinik utama | 8 Lembaga | 16 Lembaga | 24 Lembaga | 32 Lembaga | 40 Lembaga | 8 Lembaga | | | | | | |
| | Rumah Sakit pemerintah yang melaporkan implementasi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) kepada Kementerian Kesehatan melalui aplikasi sistem informasi Rumah Sakit | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 16.6.1 Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) | | 30% | 50% | 60% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: Peningkatan Mutu Untuk Pengawasan Resistensi Antimikroba | | 30 Lembaga | 50 Lembaga | 60 Lembaga | 70 Lembaga | 80 Lembaga | | | | | | |
| | Meningkatnya jumlah populasi yang berpartisipasi dalam penyimpanan dan pengambilan sampel Biobank | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 31.1.1 Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank | | 97% | 97% | 100% | 100% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 2090.AFA.102 - NSPK Biobank dan/atau Biorepository | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: 2090.AFA.103- NSPK Pengalihan dan Penggunaan Material | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | **Populasi yang menggunakan farmakogenetika** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 31.1.2 Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik | | 60% | 60% | 80% | 80% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 2090.PFA.101 - NSPK Pelayanan Kedokteran Presisi | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: 2090.QDB.103 - Fasilitasi RS Penyelenggara Kedokteran Presisi | | 10 Laporan | 10 Laporan | 10 Laporan | 10 Laporan | 10 Laporan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 2090.AFA.105 - NSPK Penyelenggaraan Pengembangan Sel Punca | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: 2090.BDB.103 - Fasilitasi RS Penyelenggara Pengembangan Sel Punca dan Sel | | 8 Lembaga | 8 Lembaga | 8 Lembaga | 8 Lembaga | 8 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 2090.FAE.103 - Monitoring dan Evaluasi Teknologi Biomedis | | 10 Laporan | 10 Laporan | 10 Laporan | 10 Laporan | 10 Laporan | | | | | | |
| | Output: 2090.AFA.105 - Penyusunan NSPK Lab Sel Punca | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: 2090.AFA.107 - Penyusunan NSPK Bank Sel dan/atau Sel Punca | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: 2090.BDB.106 - Fasyankes yang diberikan pembinaan pelayanan sel dan sel punca | | 10 Laporan | 10 Laporan | 10 Laporan | 10 Laporan | 10 Laporan | | | | | | |
| | **Meningkatnya RS yang melakukan Penelitian Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 32.2.1 Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar | | 43 RS | 63 RS | 105 RS | 193 RS | 386 RS | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 2090.QDB.104 - Fasilitasi RS Penyelenggara Penelitian Klinik | | 50 Lembaga | 50 Lembaga | 50 Lembaga | 50 Lembaga | 50 Lembaga | | | | | | |
| | IKK 32.2.2 Peneliti di CRU RS yang tersertifikasi GCP | | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Menguatnya Tata Kelola Rumah Sakit | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 16.3.2 Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS | | 10 RS | 15 RS | 25 RS | 35 RS | 45 RS | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola dan Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 6807.BDB.001-RS Pendidikan sesuai Standar RS Pendidikan | | 100 Lembaga | 100 Lembaga | 100 Lembaga | 100 Lembaga | 100 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 6807.QDB.011-Rumah Sakit Penyelenggara Pendidikan Utama sebagai Penyelenggaraan Program PPDS | | 10 Lembaga | 10 Lembaga | 10 Lembaga | 10 Lembaga | 10 Lembaga | | | | | | |
| | IKK 16.3.5 Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri | | 70 RS | 90 RS | 110 RS | 130 RS | 150 RS | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola dan Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 6807.BDB.005-Program Sister Hospital dengan RS Luar Negeri | | 10 Lembaga | 10 Lembaga | 10 Lembaga | 10 Lembaga | 10 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 6807.BDB.025-Pengembangan kerja sama RS dengan mitra luar negeri | | 20 Lembaga | 20 Lembaga | 20 Lembaga | 20 Lembaga | 20 Lembaga | | | | | | |
| | IKK 16.4.4 Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian | | 5 RS | 10 RS | 20 RS | 25 RS | 30 RS | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola dan Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 6807.QDB.008-BLU RS Pemerintah yang ditingkatkan kemandiriannya | | 50 Lembaga | 50 Lembaga | 50 Lembaga | 50 Lembaga | 50 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 6807.QDB.016-Pembinaan RS Pemerintah dengan kinerja keuangannya bernilai baik | | 40 Lembaga | 40 Lembaga | 40 Lembaga | 40 Lembaga | 40 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 6807.BDB.005-Rumah sakit yang diberikan pembinaan pembiayaan kesehatan dan jaminan kesehatan | | 36 Lembaga | 36 Lembaga | 36 Lembaga | 36 Lembaga | 36 Lembaga | | | | | | |
| | IKK 17.2.1 Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visit dokter pelayanan rawat inap | | 150 RS | 225 RS | 300 RS | 375 RS | 450 RS | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola dan Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 6807.QDB.013-RS BLU Kemenkes, RS BLUD, dan RS BLU TNI/POLRI yang memiliki Kinerja Pelayanan Baik | | 40 Lembaga | 40 Lembaga | 40 Lembaga | 40 Lembaga | 40 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 6807.QDB.012-Rumah Sakit Vertikal yang tata kelola dan pelayanannya setara World Class Hospital | | 37 Lembaga | 0 Lembaga | 0 Lembaga | 0 Lembaga | 0 Lembaga | | | | | | |
| | Meningkatnya RS yang melakukan pengembangan pelayanan kesehatan lanjutan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 16.3.6 Jumlah RS yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis | | 30 RS | 34 RS | 38 RS | 42 RS | 45 RS | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 2090.AFA.101 - Pedoman Pelayanan Wisata Medis di Rumah Sakit | | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | 1 NSPK | | | | | | |
| | Output: 2090.QDB.105 - Pembinaan Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Wisata Medis sesuai Standar | | 3 Laporan | 3 Laporan | 3 Laporan | 3 Laporan | 3 Laporan | | | | | | |
| | Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 16.4.5 Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas | | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 6807.QDB.015-Rumah Sakit yang Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Ramah Penyandang Disabilitas | | 321 Lembaga | 321 Lembaga | 321 Lembaga | 321 Lembaga | 321 Lembaga | | | | | | |
| | RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 17.2.2 Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan | | 200 RS | 280 RS | 360 RS | 440 RS | 520 RS | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| | Output: 6807.QDB.014-Rumah Sakit Vertikal yang Mengembangkan Pusat Layanan Unggulan (Center of Excellence) | | 39 Lembaga | 39 Lembaga | 39 Lembaga | 39 Lembaga | 39 Lembaga | | | | | | |
| | Output: 6807.BDB.026-Rumah sakit yang diberikan pembinaan pembiayaan kesehatan dan jaminan kesehatan | | 36 Lembaga | 36 Lembaga | 36 Lembaga | 36 Lembaga | 36 Lembaga | | | | | | |
| **xxxx-Penguatan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan** | | | | | | | | **2.097.565** | **1.485.804** | **1.296.014** | **1.328.415** | **1.361.625** | |
| | 01-Menguatnya tata kelola pelayanan UPT Ditjen Kesehatan Lanjutan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 14.1.4 Jumlah UPT Vertikal yang ditingkatkan sarana, prasarana dan Alkesnya | | 39 UPT | 42 UPT | 45 UPT | 45 UPT | 45 UPT | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Sekretaris Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| | Output: Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT | | 2 Paket | 2 Paket | 2 Paket | - | - | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Makassar dan Surabaya (IsDB) (rujukan) | | | | | | | | | | | | |
| | Output: RBV.001 Pembangunan dan Pengembangan RS UPT Vertikal Riau | | 1 RS | 0 RS | 0 RS | 0 RS | 0 RS | | | | | | |
| | Output: .RAB.008 Pemenuhan Peralatan Penunjang dan Peralatan Kesehatan RSUPT Riau | | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | 1 Paket | | | | | | |
| | Output: 6388.RAB.004-Alat Kesehatan Pelayanan Kanker Terpadu (IsDB) (LR-12) | | 4 Paket | 4 Paket | 4 Paket | 0 Paket | 0 Paket | | | | | | |
| | Output: 6388.RBV.003-Gedung Pelayanan Kesehatan Kanker Terpadu (IsDB) - LR | | 4 Paket | 4 Paket | 4 Paket | 0 Paket | 0 Paket | | | | | | |
| | Output: 6388.CAB.002-Alat Kesehatan (LR) | | 1 Paket | 0 Paket | 0 Paket | 0 Paket | 0 Paket | | | | | | |
| | Output: 6388.CAB.003-Obat-obatan dan BMHP (LR) | | 280 Paket | 285 Paket | 290 Paket | 294 Paket | 308 Paket | | | | | | |
| | Output: 6388.CBV.001-Pembangunan Gedung Layanan (LR) | | 14 Paket | 28 Paket | 29 Paket | 30 Paket | 30 Paket | | | | | | |
| | Output: 6388.CBV.002-Renovasi Gedung Layanan (LR) | | 2.175 Paket | 2.177 Paket | 2.285 Paket | 2.400 Paket | 2.520 Paket | | | | | | |
| | Output: 6388.CCB.001-Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU | | 34 Paket | 35 Paket | 38 Paket | 38 Paket | 38 Paket | | | | | | |
| | Output: 6388.CCB.002-Operasional dan Pemeliharaan UPT Non BLU | | 5 Paket | 7 Paket | 7 Paket | 7 Paket | 7 Paket | | | | | | |
| **xxxx-Peningkatan Pengelolaan dan pelayanan Farmasi** | | | | | | | | **15.037.452** | **16.137.512** | **17.485.290** | **18.473.331** | **19.631.752** | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Penguatan tata kelola rantai pasok sediaan farmasi** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 15.1.1 Persentase Kab/Kota dengan pemenuhan obat dan vaksin program tepat waktu dan tepat jumlah | | 65% | 70% | 76% | 83% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 15.1.3 Persentase kesesuaian realisasi pengadaan obat dan vaksin terhadap RKO dan vaksin | | 74% | 78% | 82% | 86% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya ketersediaan perbekalan kesehatan di fasilitas pelayanan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 15.1.2 Persentase Puskesmas dan Labkesmas dengan BMHP sesuai standar | | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 15.1.6 Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial dan vaksin IRL (Imunisasi Rutin Lengkap) | | 65% | 70% | 76% | 83% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | Peningkatan mutu pelayanan kefarmasian di fasilitas pelayanan kesehatan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 15.3.1 Fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar | | 10.485 Faskes | 10642 Faskes | 10923 Faskes | 11193 Faskes | 11471 Faskes | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| **xxxx-Peningkatan produksi dan distribusi sediaan farmasi, alkes, dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT), serta pengawasan alkes dan PKRT** | | | | | | | | **2.745.000** | **1.734.097** | **1.266.413** | **1.873.522** | **1.849.354** | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Meningkatnya kesesuaian produksi dan/atau distribusi obat dan vaksin dengan kebutuhan fasilitas pelayanan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 15.1.4 Persentase penurunan kekosongan (*stock out*) obat dan vaksin di Fasyankes | | 10% | 15% | 20% | 25% | 30% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 15.1.5 Persentase pemenuhan obat dan vaksin melalui katalog elektronik | | 75% | 80% | 83% | 86% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya ketersediaan obat inovatif** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 15.2.1 Persentase obat inovatif yang teregistrasi di Indonesia | | 5% | 10% | 15% | 20% | 25% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya ketersediaan obat yang diajukan melalui *Special Access Scheme* (SAS)** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 15.2.2 Persentase Ketersediaan obat yang diajukan melalui *Special Access Scheme* (SAS) | | 95% | 96% | 97% | 98% | 99% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya produksi bahan baku obat kimia, produk biologi, vaksin, obat bahan alam, dan alat kesehatan dalam negeri** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 21.1.1 Jumlah bahan baku obat kimia prioritas yang dikembangkan dan diproduksi di dalam negeri | | 12 BBO | 14 BBO | 16 BBO | 18 BBO | 20 BBO | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK.21.1.2 Jumlah industri farmasi formulasi yang melaksanakan substitusi dari impor ke produk dalam negeri | | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 21.2.1 Jumlah produk biologi dan vaksin yang dikembangakan dan diproduksi dalam negeri | | 54 | 58 | 62 | 66 | 71 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 21.3.1 Jumlah obat molekul baru yang masih dalam masa paten dapat diproduksi di dalam negeri | | 0 | 1 | 1 | 3 | 5 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 21.3.2 Jumlah obat molekul baru yang masih telah habis masa paten dapat diproduksi di dalam negeri | | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 21.4.1 Jumlah penelitian obat bahan alam dan fitofarmaka yang dihilirisasi | | 4 | 6 | 8 | 10 | 12 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 22.1.1 Jumlah pengembangan atau transfer teknologi dengan teknologi rendah-menengah yang diproduksi dalam negeri | | 36 | 41 | 46 | 51 | 56 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 22.2.1 Jumlah pengembangan atau transfer teknologi Alkes dengan teknologi tinggi yang diproduksi dalam negeri | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya penggunaan obat bahan alam di fasilitas pelayanan kesehatan** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 21.4.2 Jumlah fasyankes yang menggunakan obat bahan alam (OBA) | | 447 Fasyankes | 517 Fasyankes | 627 Fasyankes | 787 Fasyankes | 1.007 Fasyankes | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya penggunaan alat kesehatan produksi dalam negeri di fasilitas pelayanan kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 22.3.1 Jumlah Fasyankes yang memiliki proporsi alkes esensial PDN diatas 30% | | 740 Fasyankes | 814 Fasyankes | 896 Fasyankes | 985 Fasyankes | 1.084 Fasyankes | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 23.1.1 Proporsi alat kesehatan yang memenuhi persyaratan *pre-market* | | 91% | 92% | 93% | 94% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 23.1.2 Persentase penilaian izin edar alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga sesuai janji layanan | | 98,2% | 98,4% | 98,6% | 98,8% | 99% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 23.1.3 Persentase penilaian izin distribusi alat kesehatan sesuai janji layanan | | 94% | 95% | 96% | 97% | 98% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya sarana produksi dan distribusi alat kesehatan yang memenuhi ketentuan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 23.2.1 Persentase sarana distribusi alat kesehatan yang tersertifikasi CDAKB | | 50% | 65% | 80% | 90% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 23.2.2 Persentase sarana produksi Alkes yang memenuhi standar | | 91% | 92% | 93% | 94% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 23.2.3 Persentase sarana distribusi alkes yang memenuhi standar | | 86% | 87% | 88% | 89% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 23.2.6 Persentase pemilik izin edar alat kesehatan yang melaporkan *Periodic Safety Update Report* (PSUR) | | 20% | 35% | 50% | 65% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya penilaian sertifikat CPAKB dan CDAKB sesuai janji layanan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 23.2.4 Persentase penilaian sertifikat CPAKB dan CDAKB sesuai janji layanan | | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya produk alkes dan PKRT yang aman dan bermutu** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 23.2.5 Persentase alat kesehatan yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan | | 94% | 95% | 96% | 97% | 98% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 23.2.12 Persentase PKRT yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan | | 75% | 77% | 80% | 83% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya tindak lanjut terhadap permasalahan alat kesehatan dan PKRT** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 23.2.7 Persentase *Post Marketing Surveillance Report* yang ditindaklanjuti | | 95% | 96% | 97% | 98% | 99% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 23.2.11 Persentase penanganan keluhan alat Kesehatan dan PKRT yang | | 95% | 96% | 97% | 98% | 99% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | diselesaikan tepat waktu | | | | | | | | | | | | |
| | **Meningkatnya pengujian dan kalibrasi alat Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 23.2.9 Persentase laboratorium uji yang mampu melakukan pengujian mutu Alkes | | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 23.2.10 Persentase penambahan jenis pengujian alkes | | 63% | 72% | 82% | 90% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | **Meningkatnya jumlah uji klinik produk obat, vaksin dan alkes** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 32.1.1 Jumlah produk obat, vaksin, dan alkes baru hasil uji klinik | | 20 | 22 | 24 | 26 | 28 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| **xxxx-Dukungan Pelayanan Pengawasan Alat dan Fasilitas Kesehatan** | | | | | | | | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| | **Meningkatnya pengujian dan kalibrasi alat Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 23.2.8 Persentase RS dan puskesmas yang melakukan kalibrasi alat kesehatan | | 68% | 71% | 74% | 77% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| **xxxx-Dukungan Pelayanan Kekarantinaan Kesehatan** | | | | | | | | **80.330** | **82.338** | **84.397** | **86.507** | **88.669** | |
| | **Meningkatnya pintu masuk yang melaksanakan deteksi penyakit dan faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 24.2.1 Persentase pintu masuk yang melaksanakan deteksi penyakit dan faktor risiko kesehatan berpotensi | | 73% | 76% | 79% | 82% | 85% | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Unit Pelaksana Teknis |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | KLB/Wabah | | | | | | | | | | | | Balai Kekarantinaan Kesehatan |
| | Output: 4249. QAH.U 11 Layanan survei faktor risiko penyakit DBD (HS-29) | | 3.822 Layanan | 3.822 Layanan | 3.822 Layanan | 3.822 Layanan | 3.822 Layanan | | | | | | |
| | Output: 4249.QAH.016 Layanan Pengendalian Faktor Risiko Lingkungan | | 2.050 Layanan | 3.621 Layanan | 3.834 Layanan | 4.047 Layanan | 4.260 Layanan | | | | | | |
| | Output: 4249.QAH.U19 Layanan pengendalian faktor risiko penyakit di pelabuhan | | 11.518 Layanan | 18.836 Layanan | 21.974 Layanan | 25.114 Layanan | 31.392 Layanan | | | | | | |
| | Output: 4249.QAH.U02 Layanan pengendalian faktor risiko penyakit di bandar udara | | 4.864 Layanan | 6.106 Layanan | 7.123 Layanan | 8.141 Layanan | 10.176 Layanan | | | | | | |
| | Output: 4249.QAH.U03 Layanan pengendalian faktor risiko penyakit di PLBN | | 974 Layanan | 1.382 Layanan | 1.613 Layanan | 1.843 Layanan | 2.304 Layanan | | | | | | |
| | Output: 4249.QAH.017 Layanan Pemeriksaan Orang, Barang, Alat Angkut | | 822 Layanan | 852 Layanan | 906 Layanan | 1.012 Layanan | 1.065 Layanan | | | | | | |
| | Output: 4249.RAB.001 Pengadaan Alat dan Bahan Kekarantinaan Kesehatan di Pintu Masuk | | 37.295 Layanan | 204 Layanan | 204 Layanan | 204 Layanan | 204 Layanan | | | | | | |
| **xxxx-Pengelolaan Krisis dan kegawatdaruratan Kesehatan** | | | | | | | | **287.927** | **28.933** | **29.636** | **29.260** | **30.011** | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **01-Meningkatnya Upaya Pengelolaan Krisis Kesehatan di Provinsi dan Kabupaten/Kota** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 24.3.1 Persentase Kab/Kota yang memiliki SDM kesehatan yang terlatih dan terintegrasi dalam Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan | | **40%** | **60%** | **80%** | **90%** | **100%** | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Krisis Kesehatan |
| | IKK 24.3.2 Persentase rumah sakit di Prov/Kab/Kota rawan bencana yang memiliki hospital disaster plan dan disimulasikan | | **40%** | **60%** | **80%** | **90%** | **100%** | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Krisis Kesehatan |
| | **02-Meningkatnya Upaya Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu di Provinsi dan Kab/Kota** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 24.4.1 Persentase Kab/Kota yang memiliki PSC yang terintegrasi dengan NCC | | **40%** | **60%** | **80%** | **90%** | **100%** | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Krisis Kesehatan |
| | IKK 24.4.2 Persentase *Public Safety Center* (PSC) Kab/Kota yang mampu melakukan respons penanganan kegawatdaruratan medis pra rumah sakit sesuai standar waktu respons | | **40%** | **60%** | **80%** | **90%** | **100%** | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Krisis Kesehatan |
| **xxxx-Penguatan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan** | | | | | | | | **48.993.390** | **50.155.773** | **51.347.069** | **52.568.148** | **53.819.755** | |
| | **02 - Terlaksananya dukungan pembiayaan dan jaminan kesehatan** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 18.1.1 Persentase belanja kesehatan *out of pocket* pelayanan kesehatan kuratif masyarakat berpengeluaran 40% terbawah | | 2,06% | 2,03% | 2% | 1,97% | 1,94% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |
| | Output: 6804.AEA.009-Konsolidasi Penyusunan National Health Account (NHA) | | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | | | | | | |
| | IKK 19.1.1 Persentase RS provider JKN yang melakukan skema selisih biaya bersama AKT | | 2% | 4% | 6% | 8% | 10% | | | | 52.568.148 | | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |
| | Output: Koordinasi Penataan Manfaat dalam Program JKN | | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | | | | | | |
| | **01-Menguatnya Pembiayaan JKN/KIS** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 19.2.1 Persentase peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya | | 99,2% | 99,4% | 99,6% | 99,8% | 99,9% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |
| | Output: 5610.QEA.001-Penduduk penerima bantuan iuran PBI JKN | | 96,8 Juta Orang | 96,8 Juta Orang | 96,8 Juta Orang | 96,8 Juta Orang | 96,8 Juta Orang | | | | | | |
| | IKK 19.2.2 Persentase peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 5610.QEA.002-Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) penerima kontribusi bantuan iuran | | 49.603.175 Orang | 49.603.175 Orang | 49.603.175 Orang | 49.603.175 Orang | 49.603.175 Orang | | | | | | |
| | **01 - Terlaksananya Penguatan Implementasi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 27.1.1 Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor publik | | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | | | | | | Sekretaris Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |
| | Output: 6804.AEA.012-Konsolidasi Penyusunan Disease Account | | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | | | | | | |
| | Output: Koordinasi Pengembangan Inovasi Pembiayaan Kesehatan pada program JKN | | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | | | | | | |
| | Output: Koordinasi Pengembangan Tarif dan klasifikasi penyakit dalam Program JKN | | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | | | | | | |
| | Output: Koordinasi Teknis Implementasi Pembiayaan Kesehatan | | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 2 Dokumen | 3 Dokumen | | | | | | |
| | Output: Koordinasi Penilaian Klaim Pada Program JKN | | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | | | | | | |
| **xxxx -Pelaksanaan Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan** | | | | | | | | **1.363** | **1.397** | **1.432** | **1.468** | **1.504** | |
| | **01 - Terlaksananya Penguatan Implementasi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 27.1.2 Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor non publik | | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | | | | | | Sekretaris Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |
| | Output: 6804.AEA.009-Konsolidasi Penyusunan National Health Account (NHA) | | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | | | | | | |
| **xxxx-Pengelolaan anggaran, keuangan, BMN dan umum** | | | | | | | | **9.169.394** | **9.415.868** | **9.651.904** | **9.878.661** | **10.077.397** | |
| | **01-Meningkatnya Kualitas Perencanaan dan Penganggaran Program Pembangunan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 26.1.1 Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang memiliki dokumen perencanaan sesuai RIBK | | 24% | 48% | 65% | 83% | 100% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Perencanaan dan Anggaran |
| | IKK 33.2.10 Indeks Perencanaan Pembangunan Nasional | | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Perencanaan dan Anggaran |
| | IKK 33.2.11 Persentase Tingkat kualitas fasilitasi dalam perencanaan, pemantauan dan evaluasi serta pelaporan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan di daerah | | 75% | 80% | 85% | 90% | 95% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Keuangan dan BMN |
| | **01-Meningkatnya kualitas analisis dan harmonisasi sistem dan strategi program Kementerian Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.14 Persentase pengelolaan program, kegiatan, dan layanan | | 75% | 80% | 85% | 90% | 95% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | kesekretariatan pimpinan yang dilaksanakan dengan baik | | | | | | | | | | | | |
| | **01-Meningkatnya pelayanan dan pengelolaan ketatausahaan Kementerian dalam mendukung terciptanya tata kelola pemerintahan yang baik** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.16 Persentase satuan kerja/unit kerja yang melaksanakan digitalisasi arsip | | **55%** | **70%** | **80%** | **95%** | **100%** | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Umum |
| | IKK 33.1.17 Indeks Kepuasan Pelanggan atas Pelayanan Biro Umum | | **82** | **84** | **86** | **88** | **90** | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Umum |
| | IKK 33.2.1 Nilai Kinerja Anggaran Sekretariat Jenderal | | 92,3 | 92,5 | 92,7 | 92,9 | 93,1 | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| | **01-Meningkatnya Kinerja Pengadaan Barang/Jasa di lingkungan Kementerian Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.19 Indeks Tata Kelola Pengadaan (ITKP) | | **80** | **83** | **86** | **90** | **95** | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Pengadaan Barang dan Jasa |
| | 01-Meningkatnya Kualitas Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Negara (BMN) di lingkungan Kementerian Kesehatan Sesuai Ketentuan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.20 Opini Badan Pemeriksa Keuangan atas Laporan Keuangan | | **Indeks 4 (WTP)** | **Indeks 4 (WTP)** | **Indeks 4 (WTP)** | **Indeks 4 (WTP)** | **Indeks 4 (WTP)** | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Keuangan dan BMN |
| | IKK 33.1.21 Nilai Indeks Pengelolaan Aset (IPA) Kementerian | | **3,55** | **3,6** | **3,65** | **3,7** | **3,75** | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Keuangan dan BMN |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kesehatan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.2.9 Nilai Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) Kementerian Kesehatan | | 93 | 93,5 | 94 | 94,5 | 94,8 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Keuangan dan BMN |
| **2073 Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Inspektorat Jenderal** | | | | | | | | **665** | **681** | **698** | **716** | **734** | |
| | **01-Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya** | | | | | | | | | | | | |
| | 33.1.2 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Inspektorat Jenderal (nilai) | | 77 | 78 | 80 | 82 | 85 | | | | | | Inspektorat Jenderal - Sekretariat Inspektorat Jenderal |
| | **2073.1 Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.2.2 Nilai Kinerja Anggaran Inspektorat Jenderal(Poin) | | 92,3 | 92,5 | 92,7 | 92,9 | 93,1 | | | | | | Inspektorat Jenderal - Sekretariat Inspektorat Jenderal |
| | Output: 2073.EBA.960 Layanan Organisasi dan Tata Kelola Internal | | 4 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | | | | | | |
| | Output: 2073.CCL.001 Layanan Pemeliharaan Jaringan dan Komputer | | 80 Unit | 80 Unit | 80 Unit | 80 Unit | 80 Unit | | | | | | |
| | Output: 2073.EBA.956 Layanan BMN | | 1 Layanan | 2 Layanan | 2 Layanan | 2 Layanan | 2 Layanan | | | | | | |
| | Output: 2073.EBA.962 Layanan Umum | | 2 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 2073.EBA.994 Layanan Perkantoran | | 12 Layanan | 12 Layanan | 12 Layanan | 12 Layanan | 12 Layanan | | | | | | |
| | Output: 2073.EBC.996 Layanan Pendidikan dan Pelatihan | | 20 Orang | 20 Orang | 20 Orang | 20 Orang | 20 Orang | | | | | | |
| | **2073.2 Meningkatnya Layanan Dukungan Manajemen Program Pengawasan Intern** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 34.2.4 Nilai Maturitas Manajemen Risiko Inspektorat Jenderal | | 3,2 | 3,4 | 3,6 | 3,8 | 4 | | | | | | Inspektorat Jenderal - Sekretariat Inspektorat Jenderal |
| | Output: 2073.EBA.960 Layanan Organisasi dan Tata Kelola Internal Komponen: Pelaksanaan Tata Kelola Internal Sub Komponen: Pelaksanaan penilaian maturitas manajemen risiko Itjen | | 1 layanan | 1 layanan | 1 layanan | 1 layanan | 1 layanan | | | | | | |
| **4812-Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas** | | | | | | | | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| | 01-Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.8 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | | 77 | 78 | 80 | 82 | 85 | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 33.2.8 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | | 92,3 | 92,5 | 92,7 | 92,9 | 93,1 | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| | Output: 2073.EBA.960 Layanan Organisasi dan Tata Kelola Internal | | 4 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | 5 Layanan | | | | | | |
| | Output: 2073.CCL.001 Layanan Pemeliharaan Jaringan dan Komputer | | 80 Unit | 80 Unit | 80 Unit | 80 Unit | 80 Unit | | | | | | |
| | Output: 2073.EBA.956 Layanan BMN | | 1 Layanan | 2 Layanan | 2 Layanan | 2 Layanan | 2 Layanan | | | | | | |
| | Output: 2073.EBA.962 Layanan Umum | | 2 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | 1 Layanan | | | | | | |
| | Output: 2073.EBA.994 Layanan Perkantoran | | 12 Layanan | 12 Layanan | 12 Layanan | 12 Layanan | 12 Layanan | | | | | | |
| | Output: 2073.EBC.996 Layanan Pendidikan dan Pelatihan | | 20 Orang | 20 Orang | 20 Orang | 20 Orang | 20 Orang | | | | | | |
| **4813-Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Lanjutan** | | | | | | | | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| | 01-Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | | | | | | | | | | | | |
| | 33.1.4 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan (nilai) | | 77 | 78 | 80 | 82 | 85 | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| **4814-Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Farmasi dan Alat Kesehatan** | | | | | | | | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| | **01-Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 33.1.5 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan (nilai) | | 77 | 78 | 80 | 82 | 85 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan - Sekretariat Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| | IKK 33.2.5 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan | | 92,3 | 92,5 | 92,7 | 92,9 | 93,1 | | | | | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan - Sekretariat Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| **4815 Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Penanggulangan Penyakit** | | | | | | | | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| | 01-Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | | | | | | | | | | | | |
| | 33.1.3 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit (nilai) | | 77 | 78 | 80 | 82 | 85 | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Sekretariat Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| | IKK 33.2.3 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | | 92,3 | 92,5 | 92,7 | 92,9 | 93,1 | | | | | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Sekretariat Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| **xxxx-Penguatan Kebijakan Pembangunan Kesehatan** | | | | | | | | **247.773** | **360.526** | **371.098** | **372.076** | **373.082** | |
| | **Meningkatnya Pengelolaan Integrasi dan Sinergi Pencapaian Sasaran Pembangunan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 26.2.1 Persentase provinsi yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana | | 15% | 30% | 50% | 75% | 100% | | | | | | Sekretariat Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kesehatan nasional | | | | | | | | | | | | |
| | Output:<br>6837.ABG.001 Analisis Situasi Kesehatan | | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | | | | | | |
| | **Meningkatnya kebijakan upaya kesehatan berbasis bukti** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 26.2.2 Persentase Kab/Kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional bidang upaya kesehatan | | 15% | 30% | 50% | 75% | 100% | | | | | | Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan |
| | Output:<br>6833.AEA.003 Penyusunan Perencanaan Kajian Kesehatan di Bidang Upaya Kesehatan | | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | | | | | | |
| | IKK 26.4.1 Persentase analisis kebijakan di bidang Upaya Kesehatan | | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | | | | | | Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan |
| | Output:<br>6833.ABG.011 Kajian Pengembangan Kebijakan Baru Bidang Upaya Kesehatan | | 5 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6833.ABG.021 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Masyarakat | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6833.ABG.022 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Upaya Kesehatan Perseorangan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 6833.ABG.023 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola Mutu Fasyankes Primer | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6833.ABG.024 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Layanan Kesehatan Lanjutan dan Klinis | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6833.ABG.025 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola dan Mutu Fasyankes Lanjutan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6833.ABG.026 Kajian Evaluasi Kebijakan Integrasi Layanan Kesehatan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | IKK 26.4.2 Persentase analisis kebijakan di bidang Sistem Ketahanan Kesehatan | | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | | | | | | Pusat Kebijakan Sistem Ketahanan Kesehatan |
| | Output: 6834.ABG.042 Kajian Evaluasi Kebijakan Sistem Ketahanan Alat Kesehatan (RF-15) | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6834.ABG.043 Kajian Evaluasi Kebijakan Sistem Ketahanan Farmasi (RF-13) | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6834.ABG.051 Kajian Pengembangan Kebijakan Baru Bidang Sistem Ketahanan Kesehatan (HS- | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 29) | | | | | | | | | | | | |
| | Output:<br>6834.ABG.052 Kajian Evaluasi Kebijakan Strategi Penanggulangan Kedaruratan Kesehatan & Perubahan Iklim (HS 32) | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6834.ABG.053 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Penanggulangan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan (HS 35) | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6834.ABG.054 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Imunisasi, Surveilans dan Karantina Kesehatan (HS 29) | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6834.ABG.055 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Tata Kelola Keracunan (HS-29) | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | 3 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | **Meningkatnya kebijakan sistem sumber daya kesehatan berbasis bukti** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 26.2.4 Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional bidang sistem sumber daya kesehatan | | 15% | 30% | 50% | 75% | 100% | | | | | | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output:<br>6834.AEA.011 Penyusunan Perencanaan Kajian Kesehatan Bidang Sistem Sumber Daya Kesehatan | | 1 kegiatan | 3 kegiatan | 3 kegiatan | 3 kegiatan | 3 kegiatan | | | | | | |
| | IKK 26.4.3 Persentase analisis kebijakan di bidang Sistem Sumber Daya Kesehatan | | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | | | | | | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |
| | Output:<br>6834.ABG.059 Kajian Pengembangan Kebijakan Baru Bidang sistem sumber daya kesehatan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 8 Rekomendasi Kebijakan | 8 Rekomendasi Kebijakan | 8 Rekomendasi Kebijakan | 8 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6834.ABG.060 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi SDM Kesehatan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6834.ABG.061 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Pendanaan dan Investasi Kesehatan Sektor Publik dan Swasta | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6834.ABG.062 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Sistem Informasi Kesehatan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6834.ABG.063 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Teknologi Kesehatan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output:<br>6834.ABG.064 Kajian Evaluasi Kebijakan dan Strategi Integrasi Sumber Daya Kesehatan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 6835.PBG.014 Rekomendasi kebijakan Health Technology Assessment | | 6 Rekomendasi Kebijakan | 6 Rekomendasi Kebijakan | 7 Rekomendasi Kebijakan | 7 Rekomendasi Kebijakan | 9 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6835.PBG.001 Rekomendasi kebijakan pendanaan kesehatan | | 0 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | **Meningkatnya kebijakan strategi dan tata kelola kesehatan global berbasis bukti** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 26.2.5 Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional bidang strategi dan tata kelola kesehatan global | | 15% | 30% | 50% | 75% | 100% | | | | | | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |
| | Output: 6836.AEA.011 Penyusunan Perencanaan Kajian Kesehatan bidang Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global | | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | | | | | | |
| | IKK 26.3.1 Persentase capaian SPM Kesehatan Kab/Kota yang telah divalidasi | | **10%** | **25%** | **50%** | **75%** | **100%** | | | | | | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |
| | Output: 6835.AEA.001 Pembinaan Dinkes Prov/Kab/Kota dalam Ketercapaian SPM Kesehatan | | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 26.4.4 Persentase analisis kebijakan di bidang Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global | | **80%** | **80%** | **80%** | **80%** | **80%** | | | | | | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |
| | Output: 6836.ABG.041 Kajian pengembangan kebijakan baru bidang Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6836.ABG.032 Kajian Evaluasi Kebijakan Kesehatan Bilateral | | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6836.ABG.033 Kajian Evaluasi Kebijakan Kesehatan Regional | | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6836.ABG.034 Kajian Evaluasi Kebijakan Kesehatan Multilateral | | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6836.ABG.042 Kajian Evaluasi Kebijakan Mitra Pembangunan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6836.ABG.043 Kajian Evaluasi Kebijakan Desentralisasi Kesehatan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: 6836.ABG.044 Kajian Evaluasi Kebijakan Transformasi Kesehatan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: Quality Control Rancangan Regulasi bidang Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global | | 1 kegiatan | 2 kegiatan | 2 kegiatan | 2 kegiatan | 2 kegiatan | | | | | | |
| | **Meningkatnya kerjasama dan dukungan stakeholder dalam program kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 27.2.1 Pemenuhan pembiayaan untuk mendukung terpenuhinya SPM (Standar Pelayanan Minimal) bidang Kesehatan | | 50 Kab/Kota | 100 Kab/Kota | 150 Kab/Kota | 200 Kab/Kota | 250 Kab/Kota | | | | | | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |
| | Output: xxxx Fasilitasi Penyusunan Kebijakan Pengalokasian dan Implementasi Pembiayaan Kesehatan | | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | | | | | | |
| | IKK 28.2.1 Jumlah peran strategis Indonesia pada OI/pertemuan internasional bidang kesehatan | | 17 kegiatan | 11 kegiatan | 8 kegiatan | 9 kegiatan | 8 kegiatan | | | | | | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |
| | Output: 6836.AEC.003 Dokumen Kerja Sama Luar Negeri Multilateral Bidang Kesehatan | | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | | | | | | |
| | Output: 6836.AEC.011 Dokumen Kerja Sama Luar Negeri Regional Bidang Kesehatan | | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | | | | | | |
| | Output: 6836.AEC.012 Dokumen Kerja Sama Luar Negeri Bilateral Bidang Kesehatan | | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | | | | | | |
| | Output: 6836.AEC.013 Operasionalisasi ACPHEED | | 1 Dokumen | 3 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 6836.AEC.021 Dokumen Mitra Pembangunan Kesehatan | | 1 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | 3 Kesepakatan | | | | | | |
| | Output: 6836.AEC.022 Dokumen Kerja Sama Desentralisasi dan Transformasi Kesehatan | | 1 Kesepakatan | 2 Kesepakatan | 2 Kesepakatan | 2 Kesepakatan | 2 Kesepakatan | | | | | | |
| | Output: 6836.AEC.023 Partisipasi Indonesia pada Pendanaan Internasional | | 1 Dokumen | 3 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | 1 Dokumen | | | | | | |
| | Output: 6836.AEG.001 Tuan Rumah Penyelenggaraan Pertemuan Internasional | | 1 Kegiatan | 2 Kegiatan | 2 Kegiatan | 2 Kegiatan | 2 Kegiatan | | | | | | |
| | Output: 6836.AEG.003 Partisipasi aktif dalam Sidang Internasional Bilateral, Regional dan Multilateral Bidang Kesehatan | | 1 Kegiatan | 20 Kegiatan | 20 Kegiatan | 20 Kegiatan | 20 Kegiatan | | | | | | |
| | IKK 28.2.2 Proporsi target kesehatan nasional selaras dengan target global | | 80% | 80% | 80% | 80% | 100% | | | | | | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |
| | Output: 6836.AEA.012 Monitoring dan Evaluasi Implementasi Kebijakan bidang Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global | | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | 1 Kegiatan | | | | | | |
| | **Tersedianya bahan kebijakan bidang sistem sumber daya kesehatan** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 28.1.1 Persentase kenaikan investasi langsung kesehatan di bidang farmasi | | 12% | 13% | 13% | 14% | 14% | | | | | | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |
| | Output: 6834.AEC.002 Kajian kenaikan investasi kesehatan di bidang farmasi | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | IKK 28.1.2 Persentase kenaikan investasi langsung kesehatan di bidang alat kesehatan | | 16% | 16% | 16% | 16% | 16% | | | | | | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |
| | Output: 6834.AEC.003 Kajian kenaikan investasi kesehatan di bidang alkes | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | IKK 28.1.3 Persentase kenaikan investasi langsung kesehatan di bidang Fasyankes | | 25% | 26% | 28% | 28% | 28% | | | | | | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |
| | Output: 6834.AEC.004 Kajian kenaikan investasi kesehatan di bidang fasyankes | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| **Perumusan Kebijakan Sistem Ketahanan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | | |
| | Meningkatnya kebijakan sistem ketahanan kesehatan berbasis bukti | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 26.2.3 Persentase Kab/Kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional bidang sistem ketahanan kesehatan | | **15%** | **30%** | **50%** | **75%** | **100%** | | | | | | Pusat Kebijakan Sistem Ketahanan Kesehatan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 6834.AEA.007 Penyusunan Perencanaan Kajian Kesehatan bidang Sistem Ketahanan Kesehatan | | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | 1 kegiatan | | | | | | |
| **5034 Pembinaan dan Pengelolaan Pendidikan Tinggi** | | | | | | | | **299.399** | **306.884** | **314.556** | **322.420** | **330.481** | |
| | 5034.1 Terlaksananya Pembinaan dan Pengelolaan Pendidikan Tinggi | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 17.3.1 Persentase serapan lulusan Poltekkes Kemenkes yang diterima bekerja di sektor kesehatan | | 75% | 78% | 81% | 85% | 90% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Penyediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| **5234 Pelaksanaan Internsip Tenaga Medis** | | | | | | | | **410.488** | **449.849** | **461.095** | **472.622** | **484.438** | |
| | 5234.1 Terlaksananya Internsip Tenaga Medis | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 17.3.2 Persentase tenaga medis internsip yang mahir dan mandiri dalam menjalankan praktik keprofesian | | 98% | 98% | 98% | 98% | 98% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 5234.DBA.001 Internsip Dokter | | 12.000 Orang | 12.000 Orang | 12.000 Orang | 12.000 Orang | 12.000 Orang | | | | | | |
| | Output: 5234.DBA.002 Internsip Dokter Gigi | | 1.740 Orang | 3.000 Orang | 3.000 Orang | 3.000 Orang | 3.000 Orang | | | | | | |
| **xxxx-Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan** | | | | | | | | **626.597** | **644.250** | **663.163** | **682.818** | **703.006** | |
| | **xxxx.1 Meningkatnya Perencanaan SDM Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 20.1.1 Persentase perencanaan kebutuhan tenaga medis tenaga kesehatan di tingkat Kab/Kota | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: ABG.006 Perencanaan Pemenuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan | | 5 Rekomendasi Kebijakan | 4 Rekomendasi Kebijakan | 4 Rekomendasi Kebijakan | 4 Rekomendasi Kebijakan | 4 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | IKK 20.1.2 Persentase perencanaan kebutuhan dan pemenuhan SDM Kesehatan di Puskesmas dan Labkesmas sesuai standar | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: ABG.004 Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | Output: ABG.007 Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Faskes lainnya | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | IKK 20.1.3 Persentase perencanaan kebutuhan dan pemenuhan SDM Kesehatan di rumah sakit sesuai standar | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Perencanaan |
| | **xxxx.1 Meningkatnya Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 20.1.4 Persentase puskesmas dengan SDM kesehatan sesuai standar | | 17% | 22% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6812.QAA.001 Penugasan Khusus Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pada Fasyankes Primer | | 2.228 Orang | 2.263 Orang | 2.298 Orang | 2.333 Orang | 2.369 Orang | | | | | | |
| | Output: 6812.QAA.002 Penugasan Khusus Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pada Fasyankes Primer di Wilayah Papua | | 61 Orang | 62 Orang | 63 Orang | 64 Orang | 65 Orang | | | | | | |
| | Output: 6812.PBG.001 Penyusunan Kebijakan Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan | | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | 1 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |
| | IKK 20.1.5 Jumlah Kab/Kota dengan SDM Kesehatan Puskesmas sesuai standar | | 19 Kab/Kota | 37 Kab/Kota | 58 Kab/Kota | 97 Kab/Kota | 175 Kab/Kota | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | IKK 20.1.6 Persentase RS Pemerintah dengan dokter spesialis sesuai standar | | 67% | 71% | 76% | 81% | 86% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6812.QAA.003 Pendayagunaan Dokter Spesialis | | 670 Orang | 670 Orang | 670 Orang | 670 Orang | 670 Orang | | | | | | |
| | Output: 6812.QAA.004 Pendayagunaan Dokter Spesialis di Wilayah Papua | | 20 Orang | 20 Orang | 20 Orang | 20 Orang | 20 Orang | | | | | | |
| | Output: 6812.BAA.003 Pendayagunaan Peserta Didik PPDS (Residen) | | 50 Orang | 50 Orang | 50 Orang | 50 Orang | 50 Orang | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 20.1.8 Jumlah Kab/Kota dengan jenis dokter spesialis pada RS sesuai standar | | 270 **Kab/Kota** | 290 **Kab/Kota** | 310 **Kab/Kota** | 330 **Kab/Kota** | 345 **Kab/Kota** | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | IKK 20.1.11 Persentase tenaga medis dan tenaga kesehatan WNI lulusan luar negeri yang didayagunakan di fasyankes sesuai kebutuhan | | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6812.QAA.005 Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI Lulusan Luar Negeri | | 55 Orang | 80 Orang | 80 Orang | 80 Orang | 80 Orang | | | | | | |
| | IKK 20.1.12 Persentase tenaga medis dan tenaga kesehatan WNA lulusan luar negeri yang didayagunakan di fasyankes sesuai kebutuhan | | 70% | 70% | 70% | 70% | 70% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6812.BAA.002 Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA | | 75 Orang | 75 Orang | 75 Orang | 75 Orang | 75 Orang | | | | | | |
| | Output: 6812.ABG.001 Kebijakan Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA | | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | 2 Rekomendasi Kebijakan | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 20.1.13 Persentase tenaga medis dan tenaga kesehatan yang didayagunakan ke luar negeri | | 69% | 71% | 73% | 75% | 77% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6812.BAA.001 Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan ke Luar Negeri | | 750 Orang | 750 Orang | 750 Orang | 750 Orang | 750 Orang | | | | | | |
| | **xxxx.1 Meningkatnya Registrasi, Standardisasi, Pembinaan dan Pengawasan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 20.1.7 Rasio dokter spesialis | | 0,19 | 0,2 | 0,21 | 0,22 | 0,24 | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia |
| | IKK 20.1.9 Persentase standar profesi dan standar kompetensi yang disusun sesuai kebutuhan | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia |
| | Output: 7773.AFA.001 Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan | | 34 NSPK Standar Profesi | 37 NSPK Standar Profesi | 37 NSPK Standar Profesi | 37 NSPK Standar Profesi | 37 NSPK Standar Profesi | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output: 7773.AFA.002 - Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) Kompetensi dan Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) Kurikulum Pelatihan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan | | 45 NSPK Standar Kompetensi dan Standar Kurikulum | 81 NSPK Standar Kompetensi dan Standar Kurikulum | 81 NSPK Standar Kompetensi dan Standar Kurikulum | 81 NSPK Standar Kompetensi dan Standar Kurikulum | 81 NSPK Standar Kompetensi dan Standar Kurikulum | | | | | | |
| | IKK 20.1.10 Persentase STR (Surat Tanda Registrasi) tenaga medis dan tenaga kesehatan yang diterbitkan sesuai janji layanan | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia |
| | Output: 7773.ADI.001 | | 432 Ribu STR | 432 Ribu STR | 432 Ribu STR | 432 Ribu STR | 432 Ribu STR | | | | | | |
| | **xxxx.1 Terlaksananya Pembinaan, Pengawasan, dan Pelindungan SDM Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 20.2.1 Persentase Provinsi/Kabupaten/Kota yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap SDM Kesehatan sesuai standar | | 10% | 20% | 50% | 80% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pembinaan dan Pengawasan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6815.BDB.002 Pelaksanaan Pengawasan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Daerah dan Instansi Pengguna | | 55 Lembaga | 110 Lembaga | 276 Lembaga | 441 Lembaga | 552 Lembaga | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 20.2.2 Persentase tenaga medis dan tenaga kesehatan yang diberikan tunjangan khusus di DTPK, daerah bermasalah kesehatan, dan daerah tidak diminati | | 1% | 1,2% | 25% | 60% | 100% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pembinaan dan Pengawasan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6815.BDB.004 Fasilitasi dan Pembinaan terkait Perlindungan dan Kesejahteraan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan | | 50 Lembaga | 50 Lembaga | 50 Lembaga | 50 Lembaga | 50 Lembaga | | | | | | |
| **2037-Pengelolaan Ketatausahaan Kementerian** | | | | | | | | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | |
| | **01-Meningkatnya pelayanan dan pengelolaan ketatausahaan Kementerian dalam mendukung terciptanya tata kelola pemerintahan yang baik** | | | | | | | | | | | | |
| | 33.1.1 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Sekretariat Jenderal (nilai) | | 77 | 78 | 80 | 82 | 85 | | | | | | Sekretariat Jenderal |
| **2038-Pengelolaan Data dan Teknologi Informasi Kesehatan** | | | | | | | | **451.989** | **468.988** | **486.610** | **504.876** | **523.819** | |
| | **01-Meningkatnya Fasyankes yang terdaftar di SIKN** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 29.1.1 Persentase fasyankes yang terdaftar di SIKN | | 70% | 75% | 80% | 85% | 90% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Teknologi Informasi |
| | **02-Meningkatnya Fasyankes yang terkoneksi ke SIKN** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 29.1.2 Persentase fasyankes yang terkoneksi ke SIKN | | 65% | 70% | 75% | 80% | 85% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Teknologi Informasi |
| | **03-Meningkatnya modul yang tergabung dalam SIKN** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IKK 30.1.1 Persentase modul tergabung dalam SIKN | | 35% | 50% | 65% | 80% | 100% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Teknologi Informasi |
| | **04-Meningkatnya Provinsi yang Memiliki Kualitas Data Rutin yang Baik untuk Indikator Pembangunan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 30.1.2 Persentase Provinsi yang Memiliki Kualitas Data Rutin yang Baik untuk Indikator Pembangunan Kesehatan | | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Teknologi Informasi |
| | **05-Meningkatnya Keandalan Infrastruktur TIK untuk SIKN** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 30.1.3 Indeks keandalan infrastruktur TIK untuk SIKN | | 2,5 | 2,75 | 3,25 | 3,75 | 4 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Teknologi Informasi |
| | **06- Meningkatnya penyelenggaraan ekosistem Inovasi Digital Kesehatan (IDK) yang diawasi melalui Sandbox bidang Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 30.1.4 Jumlah Inovasi Teknologi Kesehatan (ITK) digital yang dibina melalui sandbox bidang kesehatan | | 15 | 20 | 26 | 33 | 40 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Teknologi Informasi |
| | **07-Meningkatkan sistem informasi internal terintegrasi** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.13 Persentase sistem informasi internal terintegrasi | | 36% | 71% | 93% | 97% | 100% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Teknologi Informasi |
| **2042-Pengelolaan Komunikasi dan Informasi Publik** | | | | | | | | 29.248 | **29.979** | **30.728** | **31.497** | **32.284** | |
| | **01-Meningkatnya pengelolaan publikasi komunikasi dan Informasi publik** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.12 Indeks kepuasan pengguna layanan *) untuk Rokom, Roum, dan Es II yang punya UPT > Indeks kepuasan pengguna layanan komunikasi dan informasi | | 80 | 88,5 | 89 | 89,5 | 90 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Komunikasi dan Informasi Publik |
| | IKK 33.1.18 Jumlah UPT Kemenkes dengan kategori | | 40 UPT | 70 UPT | 105 UPT | 140 UPT | 166 UPT | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Komunikasi |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | baik dalam pelaksanaan standar interaksi pelayanan | | | | | | | | | | | | dan Informasi Publik |
| **2052 Peningkatan Pengawasan Internal atas Penerapan Tata Kelola - Manajemen Risiko dan Pengendalian Internal** | | | | | | | | **16.245,99** | **16.652,13** | **17.068,44** | **17.495,15** | **17.932,53** | |
| | **2052.1 Meningkatnya Transparansi dan Akuntabilitas Tata Kelola Kementerian Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 34.1.1 Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV | | 96% | 96,5% | 97% | 97,5% | 98% | | | | | | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |
| | Output: 2052.EBD.007 Layanan Pemantauan Tindak Lanjut Rekomendasi Hasil Pengawasan | | 16 dokumen | 16 dokumen | 16 dokumen | 16 dokumen | 16 dokumen | | | | | | |
| | IKK 34.1.2 Persentase rekomendasi hasil pengawasan intern yang ditindaklanjuti mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV | | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | | | | | | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |
| | Output: 2052.EBD.009 Layanan Pengawasan Internal Lainnya | | 26 dokumen | 32 dokumen | 32 dokumen | 32 dokumen | 32 dokumen | | | | | | |
| | Output: 2052.EBD.005 Layanan Audit Kinerja Luar Provinsi Lingkup Mitra Strategis Inspektorat | | 20 dokumen | 22 dokumen | 22 dokumen | 22 dokumen | 22 dokumen | | | | | | |
| | Output: 2052.EBD.003 Layanan Audit Kinerja Dalam Perkantoran yang sama Lingkup Mitra Strategis Inspektorat | | 4 dokumen | 4 dokumen | 4 dokumen | 4 dokumen | 4 dokumen | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Output:<br>2052.EBD.004 Layanan Audit Kinerja Dalam Kota Lingkup Mitra Strategis Inspektorat | | 5 dokumen | 8 dokumen | 8 dokumen | 8 dokumen | 8 dokumen | | | | | | |
| | Output:<br>2052.EBD.001 Layanan Audit Kepatuhan Lingkup Mitra Strategis Inspektorat | | 21 dokumen | 21 dokumen | 21 dokumen | 21 dokumen | 21 dokumen | | | | | | |
| | Output:<br>2052.EBD.011 Layanan Pengawasan Pelayanan Kesehatan Haji | | 4 dokumen | 4 dokumen | 4 dokumen | 4 dokumen | 4 dokumen | | | | | | |
| | Output:<br>2052.EBD.010 Layanan Reviu Kegiatan Mitra Strategis Inspektorat | | 8 dokumen | 8 dokumen | 8 dokumen | 8 dokumen | 8 dokumen | | | | | | |
| | Output:<br>2052.EBD.013 Layanan Penilaian GPG | | 1 dokumen | 21 dokumen | 21 dokumen | 21 dokumen | 21 dokumen | | | | | | |
| | IKK 34.2.1 Persentase rekomendasi hasil pengawasan manajemen risiko program strategis yang ditindaklanjuti mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV | | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | | | | | | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |
| | Output:<br>2052.EBD.002 Pelaksanaan Pengawasan Program Transformasi Sistem Kesehatan/Program Strategis Kementerian Kesehatan | | 20 dokumen | 28 dokumen | 28 dokumen | 28 dokumen | 28 dokumen | | | | | | |
| | IKK 34.2.2 Persentase mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV yang memiliki maturitas manajemen risiko | | 85 (Ir I)<br>79 (Ir II) | 86 (Ir I)<br>80 (Ir II) | 87 (Ir I)<br>81 (Ir II) | 88 (Ir I)<br>82 (Ir II) | 89 (Ir I)<br>83 (Ir II) | | | | | | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 'terdefinisi' | | 88 (Ir III)<br>76 (Ir IV) | 89 (Ir III)<br>77 (Ir IV) | 90 (Ir III)<br>78 (Ir IV) | 91 (Ir III)<br>79 (Ir IV) | 80 (Ir IV) | | | | | | |
| | Output:<br>2052.EBD.008 Layanan Asistensi dan Fasilitasi Kegiatan Mitra Strategis Inspektorat | | 14 dokumen | 14 dokumen | 14 dokumen | 14 dokumen | 14 dokumen | | | | | | |
| | IKK 34.2.3 Persentase tingkat efektivitas peran SPI dan SKI lingkup mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV dengan kategori minimal efektif | | 80% | 82,5% | 85% | 87,5% | 90% | | | | | | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |
| | Output:<br>2052.EBD.012 Layanan Evaluasi Efektivitas SPI/SKI | | 1 dokumen | 11 dokumen | 11 dokumen | 11 dokumen | 11 dokumen | | | | | | |
| **2056 Peningkatan Pengawasan melalui Audit Investigasi dan Penanganan Pengaduan Masyarakat** | | | | | | | | **3.070,89** | **3.147,66** | **3.226,35** | **3.307,01** | **3.389,68** | |
| | **2056.1 Meningkatnya Penanganan Pengaduan Masyarakat yang Berindikasi Kerugian Negara** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 34.1.3 Persentase rekomendasi hasil survei penilaian integritas (SPI) yang ditindaklanjuti | | 88% | 89% | 90% | 91% | 92% | | | | | | Inspektorat Jenderal - Inspektorat Investigasi |
| | Output:<br>2056.EBD.003 Hasil Pengawasan Lainnya Dalam Pencegahan Korupsi | | 8 dokumen | 8 dokumen | 8 dokumen | 8 dokumen | 8 dokumen | | | | | | |
| | Output:<br>2056.EBD.002 Pembinaan/Penilaian Pembangunan Zona Integritas Wilayah Bebas dari Korupsi/Wilayah | | 15 dokumen | 25 dokumen | 25 dokumen | 25 dokumen | 25 dokumen | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Birokrasi Bersih Melayani Lingkup Kementerian Kesehatan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 34.1.4 Persentase rekomendasi hasil pengawasan intern Inspektorat Investigasi yang ditindaklanjuti | | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | | | | | | Inspektorat Jenderal - Inspektorat Investigasi |
| | Output: 2056.EBD.001 Hasil Pengawasan Internal | | 2 dokumen | 2 dokumen | 2 dokumen | 2 dokumen | 2 dokumen | | | | | | |
| | IKK 34.1.5 Persentase penugasan khusus pimpinan yang tuntas ditindaklanjuti | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | | | | Inspektorat Jenderal - Inspektorat Investigasi |
| | Output: 2056.EBD.001 Hasil Pengawasan Internal | | 27 dokumen | 40 dokumen | 40 dokumen | 40 dokumen | 40 dokumen | | | | | | |
| **6388-Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | | |
| | 01-Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.2.4 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan | | 92,3 | 92,5 | 92,7 | 92,9 | 93,1 | | | | | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| **6792-Perumusan Produk Hukum dan Advokasi Hukum** | | | | | | | | **13.656** | **13.997** | **14.347** | **14.706** | **15.073** | |
| | **01-Meningkatnya kualitas produk hukum dan pelaksanaan advokasi hukum** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.10 Indeks reformasi hukum | | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Hukum |
| | IKK 33.1.11 Persentase | | 67% | 69% | 71% | 73% | 75% | | | | | | Sekretariat Jenderal |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | penanganan perkara hukum bidang kesehatan yang telah selesai | | | | | | | | | | | | - Biro Hukum |
| **6793-Pengelolaan organisasi dan manajemen SDM** | | | | | | | | **66.662** | **68.329** | **70.037** | **71.788** | **73.583** | |
| | **01-Meningkatnya kompetensi aparatur sipil negara Kementerian Kesehatan sesuai standar** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.4.1 Persentase ASN dalam satuan kerja yang menerima program pengembangan kompetensi | | 80% | 83% | 85% | 88% | 90% | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Pengembangan Kompetensi Aparatur |
| | **01-Terwujudnya Penerapan Sistem Merit Dalam Manajemen ASN Kementerian Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.9 Nilai Evaluasi Kelembagaan | | 86 | 86,4 | 86,8 | 87,2 | 87,6 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia |
| | IKK 33.3.1 Nilai Penerapan Sistem Merit Kemenkes | | 387 | 390 | 393 | 396 | 400 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia |
| **6794-Harmonisasi Sistem dan Strategi Kesehatan** | | | | | | | | **1.700** | **1.742** | **1.786** | **1.831** | **1.876** | |
| | **01-Meningkatnya kualitas analisis dan harmonisasi sistem dan strategi program Kementerian Kesehatan** | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 33.1.15 Hasil Analisis Kebijakan terkait substansi program Pembangunan Kesehatan | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | Sekretariat Jenderal - Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan |
| **6797-Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan** | | | | | | | | | | | | | |
| | **01-Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya** | | | | | | | | | | | | |
| | 33.1.7 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Badan | | 77 | 78 | 80 | 82 | 85 | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kebijakan Pembangunan Kesehatan (nilai) | | | | | | | | | | | | Kesehatan - Sekretariat Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| | IKK 33.2.7 Nilai Kinerja Anggaran Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | | 92,3 | 92,5 | 92,7 | 92,9 | 93,1 | | | | | | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan - Sekretariat Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| **6798-Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan** | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | **01-Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya** | | | | | | | | | | | | |
| | 33.1.6 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal SDMK (nilai) | | 77 | 78 | 80 | 82 | 85 | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Sekretariat Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | IKK 33.2.6 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal SDMK | | 92,3 | 92,5 | 92,7 | 92,9 | 93,1 | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Sekretariat Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| **6822-Peningkatan Mutu dan kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan** | | | | | | | | **960.051** | **967.908** | **965.077** | **972.732** | **1.019.728** | |
| | xxxx.1 Meningkatnya Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 17.3.3 Persentase Kab/Kota yang memiliki institusi penyelenggara pelatihan dan/atau | | 30% | 45% | 60% | 80% | 95% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Mutu |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | peningkatan kompetensi bidang kesehatan terakreditasi | | | | | | | | | | | | Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6822.ADE.100.Akreditasi Institusi Pelatihan Bidang Kesehatan | | 80 Lembaga | 80 Lembaga | 80 Lembaga | 80 Lembaga | 80 Lembaga | | | | | | |
| | IKK 17.3.4 Persentase SDM Kesehatan yang mendapatkan pelatihan bidang kesehatan | | 15% | 20% | 25% | 30% | 35% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6822.SCM.100.Pelatihan Surveilans Epidemiologi | | 420 Orang | 420 Orang | 420 Orang | 420 Orang | 420 Orang | | | | | | |
| | Output: 6822.SCM.101.Pelatihan 9 Penyakit Prioritas | | 2.325 Orang | 2.325 Orang | 2.325 Orang | 2.325 Orang | 2.325 Orang | | | | | | |
| | Output: 6822.SCM.102.Pelatihan Sistem Kesehatan Nasional | | 2.649 Orang | 2.649 Orang | 2.649 Orang | 2.649 Orang | 2.649 Orang | | | | | | |
| | Output: 6822.SCM.104.Pelatihan Stunting | | 620 Orang | 620 Orang | 620 Orang | 620 Orang | 620 Orang | | | | | | |
| | Output: 6822.SCM.104.Pelatihan Terkait Tenaga Cadangan Kesehatan | | 3.990 Orang | 3.990 Orang | 3.990 Orang | 3.990 Orang | 3.990 Orang | | | | | | |
| | Output: 6822.SCM.105.Peningkatan Kompetensi Melalui Program Fellowship | | 184 Orang | 184 Orang | 184 Orang | 184 Orang | 184 Orang | | | | | | |
| | xxxx.1 Terlaksananya Penyediaan dan Peningkatan Kualifikasi SDM Kesehatan | | | | | | | | | | | | |
| | IKK 17.3.5 Jumlah peserta pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit | | 38 peserta | 48 peserta | 96 peserta | 144 peserta | 216 peserta | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Penyediaan Sumber Daya Manusia |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | Kesehatan |
| | Output: 6823.DBA.001.Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis di Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSP-PU) | | 38 Orang | 52 Orang | 96 Orang | 144 Orang | 216 Orang | | | | | | |
| | IKK 17.3.6 Persentase tenaga medis, tenaga kesehatan, dan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan yang menerima beasiswa pendidikan dengan penempatan sesuai kebutuhan | | 91% | 93% | 95% | 97% | 99% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Penyediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| | Output: 6823.QEJ.002.Bantuan Pendidikan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS)/Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis (PDGS) Wilayah Papua | | 93 Orang | 90 Orang | 90 Orang | 90 Orang | 90 Orang | | | | | | |
| | Output: 6823.QEJ.008.Bantuan Program Pendidikan SDM Kesehatan | | 7.654 Orang | 7.545 Orang | 7.622 Orang | 7.622 Orang | 7.622 Orang | | | | | | |
| | IKK 17.3.7 Persentase peserta didik Poltekkes Kemenkes yang lulus uji kompetensi | | 93% | 94% | 95% | 96% | 97% | | | | | | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Penyediaan |

## 4.2 Kerangka Pendanaan

Pendanaan Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 diarahkan untuk mendanai pembangunan kesehatan secara berkesinambungan dengan jumlah mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Pendanaan Kementerian Kesehatan akan dimanfaatkan untuk melanjutkan program prioritas transformasi kesehatan yang merupakan penerjemahan RPJMN 2025-2029 seperti:

1. Penguatan upaya promotif dan preventif di fasyankes primer untuk seluruh masyarakat di seluruh siklus hidup baik termasuk untuk pelaksanaan program hasil terbaik cepat seperti pencegahan dan pengendalian TBC, dan pemeriksaan kesehatan gratis

2. Peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan spesialistik di fasyankes lanjutan, termasuk untuk pelaksanaan *quick win* presiden, yaitu peningkatan RS tipe D ke C di Kab/kota

3. Penguatan Sistem Ketahanan Kesehatan yang berfokus pada penguatan kemandirian obat, vaksin dan alkes serta penanggulangan bencana, KLB, dan/atau wabah serta kegawatdaruratan lainnya termasuk yang merupakan akibat dari perubahan iklim

4. Peningkatan jumlah, kualitas, dan distribusi SDM Kesehatan

5. Penguatan pengelolaan pembiayaan kesehatan dan kebijakan kesehatan

6. Inovasi teknologi kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan

Selain mendukung program prioritas transformasi kesehatan, pendanaan Kementerian Kesehatan juga diarahkan untuk meningkatkan tata kelola Kementerian Kesehatan seperti peningkatan mutu SDM Kesehatan salah satunya melalui manajemen talenta dan peningkatan budaya kerja, peningkatan kualitas dan sinkronisasi perencanaan dan penganggaran, penguatan pelaksanaan reformasi birokrasi, penguatan kualitas dan sinkronisasi perencanaan dan penganggaran, manajemen satu data kesehatan.

Dalam menghitung kerangka pendanaan tahun 2025-2029, Kementerian Kesehatan melaksanakan pendekatan holistik, integratif, tematik dan spasial sehingga anggaran akan lebih efektif dan efisien. Sebagai bagian dari upaya *strategic health purchasing*, penganggaran berbasis kinerja serta perluasan perlindungan finansial masyarakat menjadi prinsip utama dalam mendukung efektivitas transformasi kesehatan. Pendekatan berbasis kinerja diarahkan untuk memastikan bahwa setiap pembiayaan menghasilkan capaian kesehatan yang terukur, sementara perluasan perlindungan finansial ditujukan untuk mengurangi beban biaya kesehatan masyarakat, mempercepat deteksi dini, dan memperbaiki tata laksana penyakit sejak tahap awal.

Untuk mempercepat transformasi sektor kesehatan, pendanaan Kementerian Kesehatan juga ditopang oleh pemanfaatan Pinjaman dan Hibah Luar Negeri (PHLN) secara terintegrasi dan tepat sasaran. Proyek SOPHI (*Strengthening of Primary Health Care in Indonesia*), SIHREN (*Strengthening Indonesia's Healthcare Referral Network*), dan InPULS (*Indonesia - Public Laboratory System Strengthening*) dirancang untuk mendukung penguatan layanan primer, memperbaiki kapasitas laboratorium kesehatan masyarakat, memperkuat sistem surveilans dan manajemen logistik kesehatan, serta meningkatkan kesiapsiagaan dan respons terhadap kedaruratan kesehatan. Pemanfaatan PHLN tidak hanya difokuskan pada penguatan kapasitas teknis, tetapi juga sebagai katalisator untuk memperkenalkan inovasi program, alih teknologi, dan perluasan praktik baik internasional yang mendukung keberlanjutan reformasi sistem kesehatan. PNBP dan BLU juga merupakan komponen penting dalam struktur pendanaan Kementerian Kesehatan. Anggaran yang bersumber dari PNBP BLU berasal dari berbagai kegiatan antara lain rumah sakit, laboratorium kesehatan masyarakat, laboratorium biologi kesehatan, balai karantina kesehatan, poltekkes.

# BAB 5 PENUTUP

Renstra 2025-2029 ini merupakan dokumen perencanaan Kementerian Kesehatan yang memuat lanjutan kebijakan strategi pelaksanaan transformasi kesehatan yang terdiri dari transformasi layanan primer, layanan rujukan, ketahanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, SDM kesehatan dan teknologi kesehatan.

Renstra Kementerian Kesehatan digunakan sebagai acuan dalam penyusunan rencana kerja dan anggaran serta pengukuran kinerja setiap unit kerja di dalam lingkungan Kementerian Kesehatan. Kerangka Regulasi dan Kerangka Kelembagaan di dalam Renstra ini akan menjadi panduan dalam penjabaran transformasi kesehatan pada sistem regulasi dan organisasi Kementerian Kesehatan hingga tahun 2029.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

BUDI G. SADIKIN

6. **LAMPIRAN**

**a. Matriks Kerangka Regulasi**

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Jenis dan Tarif atas Jenis Penerimaan Negara Bukan Pajak yang Berlaku pada Kementerian Kesehatan | Perubahan Nomenklatur, Penyesuaian Tarif, Penambahan jenis layanan baru | Sekretariat Jenderal<br>Biro Keuangan dan Barang Milik Negara | 1. Kementerian Hukum<br>2. Sekretariat Kabinet<br>3. Sekretariat Negara<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kemenko Perekonomian<br>6. Unit Eselon I Kemenkes | 2025-2027 |
| 2. | Rancangan Peraturan Presiden tentang Perlindungan Keamanan dan Keselamatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan | 1. RPerpres tindak lanjut amanah Pasal 729 ayat (2) PP 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan.<br>2. RPerpres disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RPerpres disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RPerpres memuat substansi/materi muatan:<br>a. Tanggung Jawab Pemerintah Pusat;<br>b. Tanggung Jawab Pemerintah Daerah; | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Dalam Negeri<br>6. Kementerian Hukum<br>7. Kementerian Sekretariat Negara | 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | c. Penyelenggaraan Pelindungan Keamanan Dan Keselamatan Sebelum Penugasan;<br>d. Penyelenggaraan Pelindungan keamanan dan keselamatan selama penugasan<br>e. Penyelenggaraan Pelindungan Keamanan Dan Keselamatan Pada Saat Terjadi Konflik<br>f. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Khusus<br>g. Pendanaan | | | |
| 3. | Rancangan Peraturan Presiden tentang Pendidik Klinis | 1. RPerpres tindak lanjut amanah Pasal 606 ayat (2) PP 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan.<br>2. RPerpres disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RPerpres disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RPerpres memuat substansi/materi muatan:<br>a. Kedudukan, Status, Jenis, Tugas Dan Syarat Tenaga Pendidik Klinis;<br>b. Perencanaan;<br>c. Pengangkatan dan Penetapan Pendidik Klinis; | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Pendidikan Tinggi<br>6. Kementerian Hukum<br>7. Kementerian Sekretariat Negara | 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | d. Penilaian Kinerja dan Angka Kredit:<br>e. Jenjang karir dan gelar pendidik klinis;<br>f. profesor klinis<br>g. uji kompetensi pendidik klinis<br>h. Komite bersama<br>i. pencatat dan pelaporan<br>j. hak dan kewajiban<br>k. pembinaan dan pengawasan<br>l. pelaksanaan tugas dan penugasan | | | |
| 4. | Rancangan Peraturan Presiden tentang Tunjangan Khusus Dokter Spesialis di DTPK serta Daerah Kurang Diminati dan Daerah Bermasalah Kesehatan | 1. Rperpres disusun untuk mempercepat akses pelayanan dokter spesialis di DTPK, daerah kurang diminati, dan Daerah Bermasalah Kesehatan.<br>2. RPerpres disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RPerpres disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RPerpres memuat substansi/materi muatan:<br>a. Penerima Tunjangan Khusus;<br>b. Tunjangan Khusus<br>c. Hak dan Kewajiban Penerima Tunjangan<br>d. Pendanaan; | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi<br>6. Kementerian Dalam Negeri<br>7. Kementerian Hukum<br>8. Kementerian Sekretariat Negara | 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | e. Monitoring dan Evaluasi; | | | |
| 5. | Rancangan Peraturan Presiden tentang Hak Keuangan dan Fasilitas bagi Anggota KKI | 1. RPerpres tindak lanjut amanah Pasal 720 ayat (3) PP 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan.<br>2. RPerpres disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RPerpres disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RPerpres memuat substansi/materi muatan:<br>a. besaran hak keuangan;<br>b. jenis fasilitas lain;<br>c. penerima hak keuangan. | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Kementerian Keuangan<br>4. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi<br>5. Kementerian Hukum<br>6. Kementerian Sekretariat Negara | 2025-2029 |
| 6. | Rancangan Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan | 1. UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN; UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS; Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; Perpres PERPRES No. 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; PERPRES No. 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; PERPRES No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; Perpres | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Pembiayaan Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas;<br>4. Inspektorat Jenderal;<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan;<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit; | 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | N0. 59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga;<br>2. RPerpres disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau dan Tujuan 5 Renstra yaitu Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif.<br>3. Regulasi ini disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 3.1 : Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes<br>SS 5.2 : Meningkatnya kualitas pendanaan kesehatan yang berkelanjutan<br>4. Materi muatan pokok:<br>a. penyesuaian manfaat dengan tetap mengakomodir manfaat yang telah ada saat ini dan menambahkan berbagai manfaat baru;<br>b. penyesuaian iuran peserta jaminan kesehatan baik sektor formal maupun informal;<br>c. penyesuaian standar tarif dan mekanisme pembayaran bagi seluruh fasyankes yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan kebijakan KRIS dan rumah sakit berbasis kompetensi; | | 7. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan;<br>8. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan;<br>9. Kementerian Koordinator bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan;<br>10. Kementerian Keuangan;<br>11. Kementerian Dalam Negeri;<br>12. Kementerian Hukum;<br>13. Kementerian HAM;<br>14. Kementerian Imigrasi dan Pemasyarakatan;<br>15. Kementerian Sekretariat Negara;<br>16. Kementerian Perlindungan Pekerja Migran Indonesia;<br>17. Kementerian Sosial;<br>18. Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana<br>19. Kementerian Ketenagakerjaan;<br>20. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak;<br>21. Kementerian Mikro, Kecil, dan Menengah; | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | d. penyesuaian tata kelola jaminan kesehatan nasional. | | 22. BPJS Kesehatan;<br>23. BPJS Ketenagakerjaan;<br>24. DJSN<br>25. LPSK | |
| 7. | Rancangan Peraturan Presiden tentang Rencana Induk Bidang Kesehatan | Amanah UU 17 Tahun 2023 tentang kesehatan pasal 409 bahwa Rencana Induk Bidang Kesehatan disusun oleh Kementerian Kesehatan dengan berkonsultasi dengan DPR | Sekretariat Jenderal<br>Biro Perencanaan dan Anggaran | 1. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional<br>2. Kementerian Keuangan<br>3. Kementerian Dalam Negeri | Tahun 2025 |
| 8. | Rancangan Peraturan Presiden tentang Kabupaten/Kota Sehat | 1. RPerpres Kabupaten/Kota Sehat sebagai tindak lanjut ketentuan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.<br>2. RPerpres Kabupaten/Kota Sehat disusun untuk mendukung Tujuan 2 Renstra yaitu masyarakat berperilaku hidup sehat<br>3. RPerpres Kabupaten/Kota Sehat disusun untuk mendukung sasaran strategis 2.1 yaitu meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat.<br>4. RPerpres Kabupaten/Kota Sehat memuat substansi/materi muatan:<br>a. Ketentuan Umum<br>b. Prinsip dan Strategi<br>c. Penyelenggaraan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>6. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>7. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan<br>8. Kementerian Keuangan<br>9. Kementerian Dalam Negeri<br>10. Kementerian Hukum | Tahun 2025-2026 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | d. Penghargaan<br>e. Tim Pembina Kabupaten/Kota Sehat<br>f. Pemantauan dan Evaluasi<br>g. Pendanaan<br>h. Ketentuan Penutup | | 11. Kementerian Sekretariat Negara<br>12. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional /Badan Perencanaan Pembangunan Nasional<br>13. Kementerian Perhubungan<br>14. Kementerian Pekerjaan Umum<br>15. Kementerian Perumahan dan Kawasan Permukiman<br>16. Kementerian Kehutanan<br>17. Kementerian Lingkungan Hidup/Badan Pengendalian Lingkungan Hidup<br>18. Kementerian Pariwisata | |
| 9. | Rancangan Regulasi mengenai Arsitektur Sistem Informasi Kesehatan dan kebijakan strategis digital Kesehatan Indonesia. | 1. RKMK merupakan tindak lanjut dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023;<br>2. RKMK disusun untuk mendukung Tujuan 6 Renstra yaitu teknologi kesehatan yang maju;<br>3. RKMK disusun untuk mendukung sasaran strategis 6.1 yaitu proporsi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terintegrasi ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional dan 6.2 yaitu proporsi populasi yang menggunakan | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Data dan Teknologi Informasi | 1. Kementerian Komunikasi dan Digital<br>2. Kementerian Dalam Negeri<br>3. Badan Pengawas Obat dan Makanan<br>4. Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/ Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana<br>5. BPJS Kesehatan<br>6. BPJS Ketenagakerjaan<br>7. Badan Siber dan Sandi Negara | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sistem Informasi Kesehatan Nasional.<br>4. RKMK didahului dengan pembentukan penyusunan arsitektur Sistem Informasi Kesehatan lingkup nasional/<br>5. RKMK memuat pedoman yang mendeskripsikan proses bisnis, data dan informasi, infrastruktur, aplikasi, keamanan, dan layanan yang terintegrasi, serta domain lain yang dibutuhkan, yang diterapkan secara nasional dan bertujuan sebagai panduan dan deskripsi operasional dalam pelaksanaan integrasi layanan Kesehatan. | | 8. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>9. Pemerintah Daerah | |
| 10. | Rancangan Regulasi mengenai Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN). | 1. RKMK merupakan tindak lanjut dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023;<br>2. RKMK disusun untuk mendukung Tujuan 6 Renstra yaitu teknologi kesehatan yang maju;<br>3. RKMK disusun untuk mendukung sasaran strategis 6.1 yaitu proporsi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terintegrasi ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional dan 6.2 yaitu proporsi populasi yang menggunakan | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Data dan Teknologi Informasi | 1. Kementerian Komunikasi dan Digital<br>2. Kementerian Dalam Negeri<br>3. Badan Pengawas Obat dan Makanan<br>4. Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/ Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana<br>5. BPJS Kesehatan<br>6. BPJS Ketenagakerjaan<br>7. Badan Siber dan Sandi Negara<br>8. Kementerian Kesehatan<br>9. Pemerintah Daerah | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sistem Informasi Kesehatan Nasional.<br>4. RKMK memuat substansi mengenai:<br>a. Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Nasional oleh Kemenkes.<br>b. Standar Sistem Informasi Kesehatan Nasional meliputi standar data, standar informasi, standar infrastruktur dan pengujian teknis integrasi, standar keandalan, kebijakan manajemen risiko, standar manajemen layanan,<br>c. manajemen, klasifikasi, distribusi, dan metode hak akses ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional.<br>d. prioritas kebutuhan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan yang akan diintegrasikan ke dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional; | | | |
| 11. | Rancangan Regulasi mengenai Kebijakan Retensi Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan pada Sistem Informasi Kesehatan. | 1. RKMK merupakan tindak lanjut dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023;<br>2. RKMK disusun untuk mendukung Tujuan 6 Renstra yaitu teknologi kesehatan yang maju; | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Data dan Teknologi Informasi | 1. Kementerian Komunikasi dan Digital<br>2. Kementerian Dalam Negeri<br>3. Badan Pengawas Obat dan Makanan<br>4. Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/ | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 3. RKMK disusun untuk mendukung sasaran strategis 6.1 yaitu proporsi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terintegrasi ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional dan 6.2 yaitu proporsi populasi yang menggunakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional,<br>4. RKMK memuat substansi mengenai:<br>a. Jadwal retensi Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan pada Sistem Informasi Kesehatan.<br>b. pedoman teknis dan metode pemusnahan atau penghapusan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan. | | Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana<br>5. BPJS Kesehatan<br>6. BPJS Ketenagakerjaan<br>7. Badan Siber dan Sandi Negara<br>8. Kementerian Kesehatan<br>9. Pemerintah Daerah | |
| 12. | Rancangan Regulasi mengenai Kualitas Data dan Informasi Kesehatan | 1. RKMK merupakan tindak lanjut dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023;<br>2. RKMK disusun untuk mendukung Tujuan 6 Renstra yaitu teknologi kesehatan yang maju;<br>3. RKMK disusun untuk mendukung sasaran strategis 6.1 yaitu proporsi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terintegrasi ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional dan 6.2 yaitu proporsi populasi yang menggunakan | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Data dan Teknologi Informasi | 1. Kementerian Komunikasi dan Digital<br>2. Kementerian Dalam Negeri<br>3. Badan Pengawas Obat dan Makanan<br>4. Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/ Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana<br>5. BPJS Kesehatan<br>6. BPJS Ketenagakerjaan<br>7. Badan Siber dan Sandi Negara<br>8. Kementerian Kesehatan | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sistem Informasi Kesehatan Nasional,<br>4. RKMK memuat substansi pedoman pemeriksaan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan. | | 9. Pemerintah Daerah | |
| 13. | Rancangan Regulasi mengenai Tim Tanggap Siber Sektor Kesehatan | 1. RKMK merupakan tindak lanjut dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023;<br>2. RKMK disusun untuk mendukung Tujuan 6 Renstra yaitu teknologi kesehatan yang maju;<br>3. RKMK disusun untuk mendukung sasaran strategis 6.1 yaitu proporsi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terintegrasi ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional dan 6.2 yaitu proporsi populasi yang menggunakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional,<br>4. RKMK memuat substansi mengenai tugas, fungsi, susunan keanggotaan Tim Siber Sektor Kesehatan. | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Data dan Teknologi Informasi | 1. Kementerian Komunikasi dan Digital<br>2. Kementerian Dalam Negeri<br>3. Badan Pengawas Obat dan Makanan<br>4. Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/ Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana<br>5. BPJS Kesehatan<br>6. BPJS Ketenagakerjaan<br>7. Badan Siber dan Sandi Negara<br>8. Kementerian Kesehatan<br>9. Pemerintah Daerah | Tahun 2025-2029 |
| 14. | Rancangan Regulasi mengenai Kebijakan Sumber Daya Manusia di | 1. RKMK merupakan tindaklanjut dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023; | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Data dan Teknologi Informasi | 1. Kementerian Komunikasi dan Digital<br>2. Kementerian Dalam Negeri<br>3. Badan Pengawas Obat dan Makanan | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | bidang Sistem Informasi Kesehatan (IT *Health*) | 2. RKMK disusun untuk mendukung Tujuan 6 Renstra yaitu teknologi kesehatan yang maju;<br>3. RKMK disusun untuk mendukung sasaran strategis 6.1 yaitu proporsi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terintegrasi ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional dan 6.2 yaitu proporsi populasi yang menggunakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional,<br>4. RKMK memuat substansi mengenai kompetensi, okupasi, standar operasional pelayanan Sumber Daya Manusia di bidang Sistem Informasi Kesehatan. | | 4. Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN<br>5. BPJS Kesehatan<br>6. BPJS Ketenagakerjaan<br>7. Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN)<br>8. Kementerian Kesehatan<br>9. Pemerintah Daerah | |
| 15. | Revisi Permenkes Nomor 33 Tahun 2019 | 1. UU 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik<br>2. Meningkatkannya Kualitas Tata Kelola Kesehatan<br>3. Mendukung Tercapai Jumlah UPT yang mendapat Kategori Baik, Sangat Baik dan Prima<br>4. Ruang lingkup uraian pokok materi Panduan interaksi pelayanan publik bagi petugas Parkir, Security, Pemberi informasi, Customer Service, Call Center, Resepsionis, Pendaftaran, Perawat, dokter, kasir, farmasi, petugas lapangan, pengajar,dll | Sekretariat Jenderal Biro Komunikasi dan Informasi Publik | Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. | Rancangan Regulasi mengenai Pemantauan dan Evaluasi Kinerja Penyelenggaraan Pelayanan Publik (PEKPPP) Mandiri | 1. UU 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, PermenpanRB No.29 Tahun 2022 tentang Pemantauan dan Evaluasi Kinerja Penyelenggara Pelayanan Publik (PEKPPP), SE KemenpanRB No.5 tahun 2023 tentang PEKPPP Secara Mandiri<br>2. Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Kesehatan<br>3. PermenpanRB No 3 tahun 2023 tentang Perubahan PermenpanRB No.25 tahun 2020 tentang Road Map Reformasi Birokrasi 2020-2024 (Indeks Pelayanan Publik, Survey Kepuasan Masyarakat)<br>4. 6 Aspek PEKPPP Mandiri<br>a. Kebijakan Pelayanan<br>b. Profesionalisme SDM<br>c. Sarana Prasarana<br>d. Sistem Informasi Pelayanan Publik (SIPP)<br>e. Konsultasi dan Pengaduan<br>f. Inovasi | Sekretariat Jenderal Biro Komunikasi dan Informasi Publik | Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi | Tahun 2025 |
| 17. | Rancangan Regulasi mengenai Panduan Media Sosial di Lingkungan Kementerian Kesehatan | 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik dan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik<br>2. Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Kesehatan<br>3. Indeks kepuasan masyarakat terhadap pengelolaan berita dan publikasi, KIE dukungan pencapaian implementasi *quick win*, transformasi | Sekretariat Jenderal Biro Komunikasi dan Informasi Publik | Kementerian Komunikasi dan Digital | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | kesehatan dan Undang Undang Kesehatan serta program prioritas nasional lainnya<br>4. Ruang lingkup:<br>a. prinsip pengelolaan media sosial;<br>b. struktur pengelolaan media sosial, tusi media sosial; dan<br>c. etika penggunaan media sosial, cybertroops Kementerian Kesehatan. | | | |
| 18. | Rancangan Regulasi mengenai Penganugerahan Tanda Penghargaan Implementasi *Electronic Monitoring And Evaluation* (*E-Monev*)Pelaksanaan Program Dan Kegiatan Di Lingkungan Kementerian Kesehatan | amanah Permenkes Nomor 2048/Menkes/Per/X/2011 tentang Penganugerahan Tanda Penghargaan Bidang Kesehatan | Sekretariat Jenderal Biro Perencanaan dan Anggaran | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Kementerian Keuangan<br>3. Unit utama, dan Unit UPT Vertikal Kemenkes | Tahun 2025-2029 |
| 19. | Rancangan Rancangan Regulasi mengenai tentang Petunjuk Teknis Pengelolaan Dana | 1. Rancangan Permenkes sebagai bentuk peraturan pelaksanaan atas : UU Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, UU Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan, UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang | Sekretariat Jenderal Biro Perencanaan dan Anggaran | 1. Sekretariat Kabinet<br>2. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) | Pemerintahan Daerah, UU Nomor 1 Tahun 2022 Tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, PP Nomor 55 Tahun 2005 tentang Dana Perimbangan, PP Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, PP Nomor 17 Tahun 2017 tentang Sinkronisasi Proses Perencanaan dan Penganggaran dan Permenkeu Nomor 50 Tahun 2017 tentang Dana Transfer Daerah dan Desa.<br>2. Permenkes ini mengatur pengelolaan BOK secara umum dan akan berlaku untuk tahun jamak.<br>3. Untuk pengaturan secara detil per menu akan dituangkan dalam Kepmenkes yang berlaku untuk satu tahun anggaran. | | 3. Kementerian Dalam Negeri<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Hukum<br>6. Unit Utama Kemenkes<br>7. Biro Hukum Sekretariat Jenderal Kemenkes | |
| 20. | Rancangan Rancangan Regulasi mengenai tentang Pedoman Perencanaan, Penganggaran, Monev Kementerian Kesehatan | Updating Permenkes 48 Tahun 2017 dan regulasi dan ketentuan perencanaan, penganggaran, monev baik anggaran pusat maupun DAK Transfer<br><br>Untuk mendukung tata kelola perencanaan, penganggaran, monev yang efektif, efisien, prioritas, transparan dan akuntabel | Sekretariat Jenderal Biro Perencanaan dan Anggaran | 1. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Kementerian Keuangan<br>2. Kementerian Dalam Negeri<br>3. Unit Teknis Terkait di lingkungan Kemenkes | Tahun2025 - 2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 21. | Rancangan Regulasi mengenai Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 | Amanat dari UU 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional dan PP 40 Tahun 2006 Tentang Tata Cara Penyusunan Rencana Pembangunan Nasional bahwa Pimpinan K/L menyusun rancangan Renstra K/L yang memuat visi, misi, tujuan, strategi, kebijakan, serta program kegiatan sesuai tugas dan fungsi K/L dengan berpedoman pada RPJMN. Selain itu, sesuai amanat UU 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, bahwa Perencanaan pembangunan kesehatan oleh K/L disusun berdasarkan RIBK | Sekretariat Jenderal Biro Perencanaan dan Anggaran | 1. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional<br>2. Kementerian Keuangan<br>3. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi<br>4. Seluruh Unit Teknis di Kementerian Kesehatan | Tahun 2025 |
| 22. | Rancangan Regulasi megnenai Kesehatan tentang Petunjuk Operasioal Pengelolaan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) TA 2025 | 1. Sebagai turunan dari Peraturan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Pengelolaan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).<br>2. Mengatur detail per menu BOK yang berlaku untuk satu tahun anggaran.<br>3. Memberikan fleksibilitas terhadap dinamika kebijakan BOK di tahun berjalan, sehingga jika terjadi perubahan kebijakan maka proses revisinya akan lebih mudah. | Sekretariat Jenderal Biro Perencanaan dan Anggaran | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Unit Utama Kementerian Kesehatan | Tahun 2025-2029 |
| 23. | Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Pelaksanaan Program Kegiatan yang Didanai | Ketentuan Pasal 10 ayat (1) Peraturan Menteri Keuangan Nomor : 215/PMK.07/2021, tentang Penggunaan, Pemantauan, dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau, salah satunya untuk membiayai program | Sekretariat Jenderal Biro Perencanaan dan Anggaran | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Unit Utama Kementerian Kesehatan | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) Bidang Kesehatan | pembinaan lingkungan sosial untuk mendukung bidang kesehatan<br><br>Kriteria mengatur tentang pelaksanaan program kegiatan bidang kesehatan yang didanai DBH CHT. | | | |
| 24. | Rancangan Regulasi mengenai Penyelenggaraan Katalog Elektronik Sektoral Kementerian Kesehatan | 1. RKepmenkes tindak lanjut keputusan Kepala Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah Republik Indonesia nomor 177 tahun 2024 Tentang Penyelenggaraan Katalog Elektronik<br>2. RKepmenkes disusun untuk mendukung Tujuan Tujuan 7: Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi Learning Organization<br>3. RKepmenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 7.1: Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan 32) Indeks Tata Kelola Kementerian Kesehatan<br>4. RKepmenkes memuat substansi/materi muatan:<br>a. Penyelenggaraan Katalog Elektronik sesuai dengan pembaruan proses bisnis;<br>b. Pencantuman Produk Pada Katalog Elektronik;<br>c. E-Purchasing Katalog | Sekretariat Jenderal<br>Biro Pengadaan Barang dan Jasa | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Dalam Negeri | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 25. | Rancangan Regulasi mengenai Upaya Kesehatan Siklus Hidup | 1. Amanat dari Pasal 15, Pasal 23, Pasal 27 ayat (4), Pasal 41, Pasal 42 ayat (6), Pasal 43 ayat (6), Pasal 48 ayat (2), Pasal 55, Pasal 61, Pasal 78, Pasal 81, Pasal 90, Pasal 95, Pasal 112 ayat (7), Pasal 113 ayat (3), Pasal 119, Pasal 130, Pasal 134 ayat (5), Pasal 135, Pasal 137, dan Pasal 220 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan<br>2. RPermenkes disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu **Masyarakat sehat di setiap siklus hidup**.<br>3. RPermenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.1 yaitu Meningkatnya kualitas layanan kesehatan ibu, anak, usia dewasa dan lansia<br>4. Rpermenkes menguraikan substansi mengenai<br>a. upaya kesehatan ibu, kesehatan bayi dan anak termasuk pengaturan ASI, kesehatan remaja, kesehatan dewasa dan kesehatan lanjut usia, kesehatan keluarga dan penyandang disabilitas, korban kekerasan terhadap perempuan dan anak.<br>b. Upaya tersebut harus dilaksanakan secara komprehensif, terpadu, dan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | 1. Kemenko Pemberdayaan Masyarakat<br>2. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi<br>3. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional<br>4. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi<br>5. Kementerian Dalam Negeri<br>6. Kementerian Sosial<br>7. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak<br>8. Komnas Pelindungan Perempuan dan Anak<br>9. Komnas Perempuan | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | berkualitas dengan pendekatan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif. | | | |
| 26. | Rancangan Regulasi mengenai Upaya Kesehatan Komunitas | 1. Amanat dari Pasal 241 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan<br>2. RPermenkes disusun untuk mendukung Tujuan 2 Renstra yaitu **Masyarakat berperilaku hidup sehat**.<br>3. RPermenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 2.1 yaitu **Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat**<br>4. Rpermenkes menguraikan substansi mengenai:<br>a. Upaya kesehatan pada kesehatan olahraga, kesehatan kerja serta pelayanan kesehatan terhadap Perempuan dan Anak<br>b. Membudayakan pada kesehatan olahraga di masyarakat agar masyarakat lebih sehat dan produktif<br>c. Data BPS 2023 menunjukkan 75,94 % dari total penduduk atau 209,4 juta orang merupakan usia kerja dengan 68,63 % atau 143,7 juta orang merupakan angkatan kerja, sehingga upaya kesehatan kerja menjadi upaya strategis bagi | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | 1. Kemenko Pemberdayaan Masyarakat<br>2. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi<br>3. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional<br>4. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi<br>5. Kementerian Dalam Negeri<br>6. Kementerian Sosial<br>7. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak<br>8. Kementerian Ketenagkerjaan<br>9. Kementerian Pemuda dan Olahraga | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | peningkatan kesehatan usia produktif | | | |
| 27. | Rancangan Regulasi mengenai Kesehatan Reproduksi | 1. Melaksanakan amanah Pasal 112 ayat (7) PP tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023.<br>2. RPermenkes disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu **Masyarakat sehat di setiap siklus hidup**.<br>3. RPermenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.1 yaitu **Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat**<br>4. Rpermenkes menguraikan substansi mengenai:<br>a. Upaya sistem kesehatan reproduksi sesuai dengan siklus hidup dan ditambahkan dengan calon pengantin dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif<br>b. Pengaturan kehamilan<br>c. Kesehatan seksual<br>d. Pelayanan kesehatan aborsi bagi korban perkosaan dan/atau tindak pidana kekerasan seksual lainnya yang menyebabkan kehamilan dan indikasi medis<br>e. Teknologi reproduksi dengan bantuan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | 1. Kemenko Pemberdayaan Masyarakat<br>2. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi<br>3. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional<br>4. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi<br>5. Kementerian Dalam Negeri<br>6. Kementerian Sosial<br>7. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak<br>8. Kementerian Ketenagkerjaan<br>9. Kementerian Agama<br>10. Kepolisian RI<br>11. Komnas Perempuan<br>12. LPSK | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 28. | Rancangan Regulasi mengenai Upaya Gizi | 1. Amanat dari Pasal 140 ayat (4), Pasal 144, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan<br>2. RPermenkes disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu **Masyarakat sehat di setiap siklus hidup**<br>3. RPermenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.1 yaitu **Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat**<br>4. Rpermenkes menguraikan substansi mengenai:<br>a. Standar Suplementasi gizi<br>b. Upaya Peningkatan Mutu Gizi dan Upaya Perbaikan Gizi | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | 1. Kemenko Pemberdayaan Masyarakat<br>2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional<br>3. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi<br>4. Kementerian Dalam Negeri<br>5. Badan Gizi Nasional<br>6. Badan Pangan Nasional<br>7. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional | Tahun 2025 |
| 29. | Rancangan Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Menular | 1. Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Menular merupakan tindak lanjut delegasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.<br>2. Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Menular disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu masyarakat sehat di setiap siklus hidup. | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>6. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 3. Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Menular disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.2 yaitu meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit<br>4. Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Menular memuat substansi antara lain:<br>a. Kelompok dan Jenis Penyakit Menular<br>b. Penyakit Menular Prioritas dan Rencana Aksi Kegiatan<br>c. Penyelenggaraan Kegiatan Penanggulangan Penyakit Menular<br>d. Sumber Daya Kesehatan dalam Kegiatan Penanggulangan Penyakit Menular<br>e. Koordinasi, Jejaring Kerja, dan Kemitraan<br>f. Peran Serta Masyarakat<br>g. Penelitian dan Pengembangan<br>h. Pemantauan dan Evaluasi<br>i. Pencatatan dan Pelaporan | | 7. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan<br>8. Kementerian Keuangan<br>9. Kementerian Dalam Negeri<br>10. Kementerian Hukum<br>11. Kementerian Sosial<br>12. Kementerian Pertanian<br>13. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional<br>14. Kementerian Lingkungan Hidup/Badan Pengendalian Lingkungan Hidup<br>15. Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal<br>16. Badan Pengawas Obat dan Makanan | |
| 30. | Rancangan Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Tidak Menular | 1. Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Tidak Penyakit Menular merupakan tindak lanjut delegasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2. Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Tidak Menular disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu masyarakat sehat di setiap siklus hidup.<br>3. Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Tidak Menular disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.2 yaitu meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.<br>4. Regulasi mengenai Penanggulangan Penyakit Tidak Menular memuat substansi antara lain:<br>a. Kelompok dan Jenis Penyakit Tidak Menular<br>b. Penyakit Tidak Menular Prioritas dan Rencana Aksi Kegiatan<br>c. Penyelenggaraan Kegiatan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular<br>d. Sumber Daya Kesehatan dalam Kegiatan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular<br>e. Koordinasi, Jejaring Kerja, dan Kemitraan<br>f. Peran Serta Masyarakat<br>g. Penelitian dan Pengembangan<br>h. Pemantauan dan Evaluasi<br>i. Pencatatan dan Pelaporan | | 5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>6. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>7. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan<br>8. Kementerian Keuangan<br>9. Kementerian Dalam Negeri<br>10. Kementerian Hukum<br>11. Kementerian Sosial<br>12. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional<br>13. Kementerian Lingkungan Hidup/Badan Pengendalian Lingkungan Hidup<br>14. Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal<br>15. Kementerian Pemuda dan Olahraga<br>16. Kementerian Perindustrian<br>17. Kementerian Perdagangan<br>18. Badan Pengawas Obat dan Makanan | |
| 31. | Rancangan Regulasi mengenai Pengamanan | 1. Regulasi mengenai Produk Tembakau dan Rokok Elektronik untuk melaksanakan ketentuan Pasal 437 ayat (6) dan Pasal 461 ayat (1) | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | Tahun 2025-2026 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | Produk Tembakau dan Rokok Elektronik | Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, dan sebagai upaya untuk menurunkan prevalensi perokok dan mencegah perokok pemula, menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat dampak merokok, serta meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan masyarakat terhadap bahaya merokok dan manfaat hidup tanpa merokok.<br>2. Regulasi mengenai Pengamanan Produk Tembakau dan Rokok Elektronik disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu masyarakat sehat di setiap siklus hidup.<br>3. Regulasi mengenai Pengamanan Produk Tembakau dan Rokok Elektronik disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.2 yaitu meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.<br>4. Regulasi mengenai Pengamanan Produk Tembakau dan Rokok Elektronik memuat substansi/materi muatan:<br>a. Ketentuan umum<br>b. Standarisasi kemasan produk tembakau dan rokok elektronik<br>c. Ketentuan peringatan kesehatan dan informasi kesehatan | | 3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>5. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>6. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan<br>7. Kementerian Keuangan<br>8. Kementerian Dalam Negeri<br>9. Kementerian Hukum<br>10. Kementerian Sekretariat Negara<br>11. Kementerian Perindustrian<br>12. Kementerian Perdagangan<br>13. Kementerian Tenaga Kerja<br>14. Kementerian Komunikasi dan Digital<br>15. Komisi Penyiaran Indonesia<br>16. Dewan Pers Nasional | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | d. Pencatatan, Pelaporan, dan Pengawasan<br>e. Ketentuan Peralihan<br>f. Ketentuan Penutup | | | |
| 32. | Rancangan Regulasi Mengenai Penyelenggaraan Imunisasi | 1. Regulasi mengenai Penyelenggaraan Imunisasi merupakan tindak lanjut delegasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.<br>2. Regulasi mengenai Penyelenggaraan Imunisasi disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu masyarakat sehat di setiap siklus hidup.<br>3. Regulasi mengenai Penyelenggaraan Imunisasi disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.2 yaitu meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.<br>4. Regulasi mengenai Penyelenggaraan Imunisasi memuat substansi antara lain:<br>a. Jenis dan jadwal imunisasi<br>b. Penyelenggaraan imunisasi<br>c. Pengelolaan sumber daya dan logistik imunisasi<br>d. Pemantauan dan Penanggulangan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi<br>e. Penelitian dan Pengembangan<br>f. Peran Serta Masyarakat<br>g. Pencatatan dan Pelaporan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>6. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>7. Kementerian Keuangan<br>8. Kementerian Dalam Negeri<br>9. Kementerian Hukum<br>10. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional<br>11. Kementerian Agama<br>12. Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah<br>13. Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal<br>14. Kementerian Pemberdayaan | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | h. Pembinaan dan Pengawasan<br>i. Pemantauan dan Evaluasi<br>j. Surveilans penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi | | Perempuan dan Perlindungan<br>15. Badan Pengawas Obat dan Makanan | |
| 33. | Rancangan Regulasi Mengenai Kesehatan Lingkungan | 1. Regulasi mengenai Kesehatan Lingkungan merupakan tindak lanjut delegasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.<br>2. Regulasi mengenai Kesehatan Lingkungan disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu masyarakat sehat di setiap siklus hidup.<br>3. Regulasi mengenai Kesehatan Lingkungan disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.2 yaitu meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit<br>4. Regulasi mengenai Kesehatan Lingkungan memuat substansi antara lain:<br>a. Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan Media Lingkungan<br>b. Upaya Penyehatan air, udara, tanah, pangan, serta sarana dan bangunan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>6. Kementerian Keuangan<br>7. Kementerian Dalam Negeri<br>8. Kementerian Hukum<br>9. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional<br>10. Kementerian Lingkungan Hidup/Badan Pengendalian Lingkungan Hidup<br>11. Kementerian Pertanian<br>12. Kementerian Pekerjaan Umum<br>13. Kementerian Perumahan dan Kawasan Permukiman | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | c. Pengamanan limbah medis yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat.<br>d. Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah yang Berasal dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan<br>e. Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit<br>f. Upaya Kesehatan Lingkungan dalam Kondisi Matra dan Ancaman Global Perubahan Iklim<br>g. Penyelenggaraan sanitasi total berbasis masyarakat<br>h. Penyelenggaraan pelabuhan dan bandar udara sehat<br>i. Partisipasi masyarakat<br>j. Pembinaan dan Pengawasan<br>k. Pencatatan dan Pelaporan | | 14. Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal<br>15. Kementerian Pariwisata<br>16. Badan Pengawas Obat dan Makanan | |
| 34. | Rancangan Regulasi Mengenai Surveilans Kesehatan | 1. Regulasi mengenai Surveilans Kesehatan merupakan tindak lanjut delegasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.<br>2. Regulasi mengenai Surveilans Kesehatan disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu masyarakat sehat di setiap siklus hidup dan Tujuan 4 Renstra yaitu sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsif. | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>5. Kementerian Dalam Negeri<br>6. Kementerian Hukum<br>7. Kementerian Keuangan | Tahun 2025-2028 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 3. Regulasi mengenai Surveilans Kesehatan disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.2 yaitu meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit, dan sasaran strategis 4.1 yaitu meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan.<br>4. Regulasi mengenai Surveilans Kesehatan memuat substansi antara lain:<br>a. Jenis dan Kegiatan Surveilans Kesehatan<br>b. Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan<br>c. Sumber Daya<br>d. Koordinasi, Jejaring Kerja, dan Kemitraan<br>e. Peran Serta Masyarakat<br>f. Pembinaan dan Pengawasan | | | |
| 35. | Regulasi mengenai Penggunaan Pajak Rokok untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat | 1. Regulasi mengenai Penggunaan Pajak Rokok untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat merupakan tindak lanjut delegasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.<br>2. Regulasi mengenai Penggunaan Pajak Rokok untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat disusun untuk | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>4. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan<br>5. Kementerian Keuangan<br>6. Kementerian Hukum | 2026-2028 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu masyarakat sehat di setiap siklus hidup dan Tujuan 5 Renstra yaitu tata kelola pendanaan kesehatan yang efektif.<br>3. Regulasi mengenai Penggunaan Pajak Rokok untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.2 yaitu meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit, dan sasaran strategis 5.2 yaitu meningkatnya kualitas pendanaan kesehatan yang berkelanjutan.<br>4. Regulasi mengenai Penggunaan Pajak Rokok untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat memuat substansi/materi muatan:<br>a. Kegiatan penggunaan pajak rokok<br>b. Persentase penggunaan pajak rokok<br>c. Pembinaan dan pengawasan | | 7. Kementerian Dalam Negeri | |
| 36. | Rancangan Regulasi mengenai Kesehatan Jiwa | 1. Amanat dari Pasal 140 ayat (4), Pasal 155, Pasal 168, Pasal 169, Pasal 171, Pasal 172, Pasal 177 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan<br>2. RPermenkes disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu **Masyarakat sehat di setiap siklus hidup** | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | 1. Kemenko Pemberdayaan Masyarakat<br>2. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi<br>3. Kementerian HAM<br>4. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 3. RPermenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.1 yaitu **Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat**<br>4. Rpermenkes menguraikan substansi mengenai:<br>a. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa Yang Bersifat Promotif, Preventif, Kuratif, Dan/Atau Rehabilitatif<br>b. Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Fasilitas Pelayanan Di Luar Sektor Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Berbasis Masyarakat yang Tidak Melaksanakan Kewajiban Kerja Sama dalam Menyelenggarakan Upaya Kesehatan Jiwa Yang Bersifat Kuratif, Registri Bunuh Diri<br>c. Penyelenggaraan Fasilitas Pelayanan di Luar Sektor Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Berbasis Masyarakat Serta Standar Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Luar Sektor Kesehatan, termasuk kewajiban melaksanakan pencatatan dan pelaporannya<br>d. Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa untuk | | 5. Kementerian Dalam Negeri<br>6. Kementerian Sosial | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | kepentingan hukum dan pekerjaan/jabatan tertentu | | | |
| 37. | Rancangan Regulasi mengenai Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat | 1. Amanat dari Pasal 140 ayat (4), Pasal 155, Pasal 168, Pasal 169, Pasal 171, Pasal 172, Pasal 177 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan<br>2. RPermenkes disusun untuk mendukung Tujuan 1 Renstra yaitu **Masyarakat sehat di setiap siklus hidup**<br>3. RPermenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 1.1 yaitu **Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat**<br>4. Rpermenkes menguraikan substansi mengenai:<br>a. Prinsip Penyelenggaraan Promosi kesehatan<br>b. Kebijakan berwawasan sehat<br>c. Menciptakan lingkungan yang mendukung<br>d. Penguatan aksi komunitas/gerakan masyarakat<br>e. Peningkatan kemampuan pribadi/individu<br>f. Re-orientasi pelayanan kesehatan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | 1. Kemenko Pemberdayaan Masyarakat<br>2. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi<br>3. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi<br>4. Kementerian Dalam Negeri<br>5. Kementerian Sosial<br>6. Kementerian Komunikasi dan Digital | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 38. | Rancangan Regulasi mengenai Kemitraan Pemerintah dan Swasta | 1. PP 47/2012 ttg Tgg Jwb Sosial dan Lingkungan PT; Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional; Perpres 18 tahun 2020 tentang RPJMN; PP 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana UU Kesehatan;<br>2. Regulasi disusun untuk mendukung Tujuan Tujuan 2: Masyarakat berperilaku hidup sehat<br>3. Regulasi ini disusun untuk SS 2.1 : Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat<br>4. Materi muatan pokok:<br>a. Penyelenggaraan Kemitraan Pemerintah dengan Swasta untuk Penyediaan Infrastruktur dan Non Infrastruktur Kesehatan;<br>b. Pengelolaan kemitraan,<br>c. Pembiayaan Penyediaan Infrastruktur dan Non Infrastruktur Kesehatan, monitoring dan evaluasi;<br>d. Pembinaan dan pengawasan;<br>e. Ketentuan lain-lain. | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Pembiayaan Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas;<br>4. Inspektorat Jenderal;<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan;<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit;<br>7. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan;<br>8. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan;<br>9. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional;<br>10. Kementerian Keuangan;<br>11. Kementerian Dalam Negeri;<br>12. Kementerian Investasi dan Hilirisasi;<br>13. Kementerian Hukum;<br>14. Kementerian Sekretariat Negara; | Tahun 2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 39. | Rancangan Regulasi mengenai Pelayanan Kesehatan Primer | 1. Amanat dari Pasal 140 ayat (4), Pasal 155, Pasal 168, Pasal 169, Pasal 171, Pasal 172, Pasal 177 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan<br>2. RPermenkes disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu **Layanan Kesehatan yg berkualitas, baik, adil dan terjangkau**<br>3. RPermenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.1 yaitu **Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes**<br>4. Rpermenkes menguraikan substansi mengenai:<br>a. Penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta paliatif<br>b. Sumber daya kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer<br>c. Pengelolaan jejaring dan struktur jejaring<br>d. Pelaksanaan pelayanan kesehatan di DTPK, Kawasan Hutan dan Kawasan Adat Terpencil (KAT) dengan pendekatan sesuai karakteristik | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | 1. Kemenko Pemberdayaan Masyarakat<br>2. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi<br>3. Kementerian Dalam Negeri<br>4. Kementerian Sosial | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | tiap daerah, kebutuhan masyarakat setempat dan permasalahan kesehatan<br>e. Definisi dan karakteristik daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, kawasan Hutan, KAT<br>f. | | | |
| 40. | Rancangan Regulasi mengenai Penyelenggaraan Puskesmas | 1. Amanat dari Pasal 807 Peraturan Pemerintah Nomor 59 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia<br>2. RPermenkes disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu **Layanan Kesehatan yg berkualitas, baik, adil dan terjangkau**<br>3. RPermenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.1 yaitu **Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes**<br>4. Rpermenkes menguraikan substansi mengenai:<br>a. Tugas, Fungsi dan Kewenangan Puskesmas<br>b. Persyaratan, Perizinan dan Registrasi Puskesmas<br>c. Tata Kelola Pelayanan Kesehatan<br>d. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan<br>e. Organisasi dan Tata Hubungan Kerja<br>f. Sistem Jejaring Pelayanan Kesehatan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | 1. Kemenko Pemberdayaan Masyarakat<br>2. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi<br>3. Kementerian Dalam Negeri<br>4. Kementerian Sosial<br>5. BPJS Kesehatan<br>6. BPJS Ketenagakerjaan | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | g. Kategori Puskesmas | | | |
| 41. | Rancangan Regulasi mengenai Pelayanan Kesehatan Lanjutan | 1. Regulasi disusun untuk menyesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta agar dapat dijadikan sebagai payung hukum guna mencegah terjadinya kekosongan hukum<br>2. Regulasi disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau<br>3. Regulasi disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.1 yaitu meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes<br>4. Regulasi memuat substansi/ materi muatan:<br>a. Mengatur tentang Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif (PONEK)<br>b. Mengatur tentang Teknologi Reproduksi Berbantu (TRB)<br>c. Mengatur tentang (Kelas Rawat Inap Rumah Sakit) KRIS | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Kementerian Hukum | Tahun 2025-2029 |
| 42. | Rancangan Regulasi mengenai Fasilitas Pelayanan Kesehatan | 1. RPMK tindak lanjut amanah Pasal 176, UU No 17 tahun 2023 tentang Kesehatan.<br>2. RPMK disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau. | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Kementerian Hukum | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 3. RPMK disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.1 yaitu meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes<br>4. RPMK memuat substansi/ materi muatan:<br>a. Perencanaan Kebutuhan Fasyankes;<br>1) Kebutuhan Pelayanan<br>2) Jumlah dan Persebaran Penduduk<br>3) Pola Penyakit<br>b. Perizinan dan Registrasi Fasyankes;<br>1) Puskesmas<br>2) Klinik<br>3) Tempat Praktik Mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan<br>4) Rumah Sakit<br>5) Apotek<br>6) Unit Pengelola Darah<br>7) Bank Plasma<br>8) Bank Sel dan/atau Jaringan<br>9) Bank Mata<br>10) Laboratorium Medis<br>11) Laboratorium Sel Punca dan/atau Sel<br>12) Optik<br>13) Institusi Pengamanan Alat dan Fasyankes<br>14) Fasyankes Bergerak | | | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | c. Penyelenggaraan Pelayanan di Fasyankes;<br>1) Tata Kelola Manajemen dan Klinis<br>2) Standar Pelayanan Kesehatan<br>3) Standar Pelayanan Farmasi<br>4) Persetujuan Tindakan Named dan Nakes<br>5) Kegawatdaruratan<br>6) Rekam Medis Elektronik dan Kerahasiaan Kedokteran<br>7) Sistem Rujukan<br>8) Pengembangan Pelayanan<br>9) Promosi Layanan Kesehatan<br>10) Kompetensi Manajerial dan Teknis Pimpinan Fasyankes<br>d. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan;<br>1) Peningkatan Mutu Internal<br>2) Peningkatan Mutu Eksternal<br>3) Peningkatan Mutu Kesehatan Lainnya<br>e. Pencatatan dan Pelaporan; Terkait Terintegrasi dengan SIKN<br>f. Pembinaan dan Pengawasan; Terkait sanksi administrasi | | | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 43. | Rancangan Regulasi mengenai Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan | 1. RPMK tindak lanjut amanah Pasal 39 ayat (7) UU no 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dan Pasal 55 ayat (8) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan<br>2. RPMK disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RPMK disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.1 yaitu meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes<br>4. RPMK memuat substansi/ materi muatan:<br>a. Penyelenggaraan Sistem rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan<br>b. Tata Cara Rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan<br>c. Sistem Rujukan Terintegrasi<br>d. Pencatatan dan Pelaporan<br>e. Tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah<br>f. Pendanaan<br>g. Pembinaan dan<br>h. Pengawasan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Kementerian Hukum<br>5. BPJS Kesehatan | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 44. | Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Pelaksanaan JKN | 1. Perpres Jaminan Kesehatan Perpres 40 tahun 2004, Perpres 82 Tahun 2018<br>2. mendukung Renstra Tujuan 5 yaitu Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif<br>3. Regulasi ini disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 5.2 yaitu Terpenuhinya pendanaan kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan untuk pelayanan kesehatan yang komprehensif<br>4. Materi pokok pengaturan<br>Diperlukan pembahasan untuk memetakan pokok-pokok bahasan yang akan direvisi sesuai dengan perkembangan kebijakan dan regulasi terkait lainnya. | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Pembiayaan Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas;<br>4. Inspektorat Jenderal;<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan;<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit;<br>7. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan;<br>8. BPJS Kesehatan;<br>9. DJSN | Tahun 2025-2029 |
| 45. | Rancangan Regulasi mengenai Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. RKepmenkes/Pedoman/Juknis tindak lanjut RPermenkes tentang Pengelolaan SDM Kesehatan.<br>2. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RKepmenkes/Pedoman/Juknis memuat substansi/materi muatan: | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 2. Sekretariat Jenderal<br>3. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi<br>6. Kementerian Hukum<br>7. Kementerian Sekretariat Negara | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | a. Penetapan Perencanaan Nasional;<br>b. penghitungan perencanaan | | | |
| 46. | Rancangan Regulasi mengenai Pengadaan Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. RKepmenkes/Pedoman/Juknis tindak lanjut RPermenkes tentang Pengelolaan SDM Kesehatan.<br>2. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RKepmenkes/Pedoman/Juknis memuat substansi/materi muatan:<br>a. Penyelenggaraan Pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;<br>b. Bantuan Pendanaan Pendidikan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Kementerian Pendidikan Tinggi<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi<br>6. Kementerian Hukum<br>7. Kementerian Sekretariat Negara | Tahun 2025-2029 |
| 47. | Rancangan Regulasi mengenai Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. RKepmenkes/Pedoman/Juknis tindak lanjut RPermenkes tentang Pengelolaan SDM Kesehatan.<br>2. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung sasaran | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Kementerian Pendidikan Tinggi<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Pendayagunaan Aparatur | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RKepmenkes/Pedoman/Juknis memuat substansi/materi muatan:<br>a. penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan<br>b. pendayagunaan TK WNI LLN dan TK WNA<br>c. pendayagunaan TK WNI ke LN | | Negara dan Reformasi Birokrasi<br>6. Kementerian Tenaga Kerja<br>7. Kementerian Hukum<br>8. Kementerian Sekretariat Negara | |
| 48. | Rancangan Regulasi mengenai Peningkatan Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. RKepmenkes/Pedoman/Juknis tindak lanjut RPermenkes tentang Pengelolaan SDM Kesehatan.<br>2. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RKepmenkes/Pedoman/Juknis memuat substansi/materi muatan:<br>a. peningkatan kompetensi secara berkelanjutan;<br>b. pedoman pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Lembaga Administrasi Negara<br>4. Kementerian Pendidikan Tinggi<br>5. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi<br>6. Kementerian Hukum<br>7. Kementerian Sekretariat Negara | |
| 49. | Rancangan Regulasi mengenai Kesejahteraan | 1. RKepmenkes/Pedoman/Juknis tindak lanjut RPermenkes tentang Pengelolaan SDM Kesehatan. | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | Sumber Daya Manusia Kesehatan | 2. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RKepmenkes/Pedoman/Juknis memuat substansi/materi muatan:<br>a. perlindungan hukum;<br>b. pengupahan;<br>c. pemberian penghargaan;<br>d. kenaikan pangkat luar biasa. | | 3. Kementerian Pendidikan Tinggi<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi<br>6. Kementerian Tenaga Kerja<br>7. Kementerian Hukum<br>8. Kementerian Sekretariat Negara | |
| 50. | Rancangan Regulasi mengenai Pelaksanaan Pendidik Klinis | 1. RPermenkes tentang Pelaksanaan Pendidik Klinis merupakan amanah dari RPerpres Pendidik Klinis<br>2. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. RKepmenkes/Pedoman/Juknis disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya pemenuhan dan kompetensi sdm kesehatan sesuai standar<br>4. RKepmenkes/Pedoman/Juknis memuat substansi/materi muatan:<br>a. penilaian kinerja pendidik klinis dan angka kredit | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Kementerian Pendidikan Tinggi<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi<br>6. Kementerian Hukum<br>7. Kementerian Sekretariat Negara | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | b. tata cara pengangkatan dan pemberian gelar profesor klinis<br>c. pengakuan kompetensi subspesialistik oleh kolegium<br>d. pengakuan kompetensi subspesialistik oleh kolegium;<br>e. tata cara pengenaan sanksi administratif. | | | |
| 51. | Rancangan Regulasi mengenai KLB, Wabah, dan Krisis Kesehatan | **1.** Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan Tentang KLB, Wabah dan Penanggulangan Krisis Kesehatan merupakan tindak lanjut amanah **PP No 28 Tahun 2024**<br>2. Mendukung tujuan renstra **Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh dan Responsif**<br>3. Mendukung sasaran strategis **Menguatnya Sistem Ketahanan Kesehatan Untuk Mengantisipasi Dan Menghadapi Ancaman Kesehatan**<br>4. RPMK memuat substansi:<br>a. Pasal 271: Fasilitas Pelayanan Kesehatan Aman Bencana<br>b. Pasal 278: Penanggulangan Krisis Kesehatan<br>c. Pasal 638: Mekanisme Pendayagunaan Tenaga Cadangan Kesehatan<br>d. Pasal 1041: Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Kewaspadaan KLB | 1. Sekretariat Jenderal, Pusat Krisis Kesehatan<br>2. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>4. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>5. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit<br>7. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>8. Dinas Kesehatan<br>9. Public Safety Center<br>10. Kemenko PMK<br>11. Kemensos<br>12. Kemendagri<br>13. BNPB<br>14. TNI<br>15. Polri | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | e. Pasal 1047: Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Penanggulangan KLB<br>f. Pasal 1049 ayat (7): Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Pasca KLB<br>g. Pasal 1069: Pedoman Pengawasan Alat Angkut, Orang, Barang, dan Lingkungan<br>h. Pasal 1075: Penyelenggaraan Tindakan Penanggulangan terhadap Alat Angkut, Orang, Barang, dan lingkungan | | 16. KemenSetneg<br>17. Kemenlu<br>18. Kemenkeu<br>19. Kemendikbud dan ristek<br>20. Kemenaker<br>21. KLHK<br>22. Kemenpan RB<br>23. Kementan | |
| 52. | Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan | 1. Merupakan tindak lanjut amanah RPMK KLB, Wabah dan Penanggulangan Krisis Kesehatan<br>2. Mendukung tujuan renstra **Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh dan Responsif**<br>3. Mendukung sasaran strategis **Menguatnya Sistem Ketahanan Kesehatan Untuk Mengantisipasi Dan Menghadapi Ancaman Kesehatan**<br>**4.** Mendukung sasaran program **Penguatan Sistem Penanggulangan Krisis Kesehatan Dan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)**<br>**5.** Mendukung kinerja kegiatan:<br>a. Persentase Kab/Kota yang memiliki SDM kesehatan yang terlatih dan terintegrasi dalam | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Krisis Kesehatan | 1. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>3. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>5. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit<br>6. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan<br>b. Persentase Kab/Kota yang memiliki Public Safety Center (PSC) terintegrasi dengan National Command Center (NCC)<br>c. Persentase rumah sakit di Prov/Kab/Kota rawan bencana yang memiliki hospital disaster<br>**6.** KMK memuat substansi:<br>a. Klaster Kesehatan dan HEOC<br>b. TCK dan EMT<br>c. Pedoman Logistik Kesehatan<br>d. Standar Pelayanan Minimal Saat Darurat Krisis Kesehatan<br>e. Kaji Kebutuhan Pasca Bencana (Jitupasna) Bidang Kesehatan<br>f. Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan<br>g. Prosedur Penyiapan Kegawatdaruratan Medis untuk Antisipasi Insiden Korban Massal pada Kegiatan Olahraga Prestasi<br>Pemberdayaan Masyarakat | | | |
| 53. | Rancangan Regulasi mengenai Klaster Kesehatan Nasional | 1. Merupakan tindak lanjut amanah RPMK KLB, Wabah dan Penanggulangan Krisis Kesehatan, pasal 11: Klaster Kesehatan nasional dibentuk pada masa pra krisis kesehatan oleh Menteri dan dikoordinasikan oleh kepala satuan | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Krisis Kesehatan | 7. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>8. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | kerja yang menangani bidang Krisis Kesehatan.<br>2. Mendukung tujuan renstra **Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh dan Responsif**<br>3. Mendukung sasaran strategis **Menguatnya Sistem Ketahanan Kesehatan Untuk Mengantisipasi Dan Menghadapi Ancaman Kesehatan**<br>**4.** Mendukung sasaran program **Penguatan Sistem Penanggulangan Krisis Kesehatan Dan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)**<br>**5.** Mendukung kinerja kegiatan:<br>a. Persentase Kab/Kota yang memiliki SDM kesehatan yang terlatih dan terintegrasi dalam Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan<br>b. Persentase Kab/Kota yang memiliki Public Safety Center (PSC) terintegrasi dengan National Command Center (NCC)<br>c. Persentase rumah sakit di Prov/Kab/Kota rawan bencana yang memiliki hospital disaster<br>6. KMK memuat substansi: susunan Klaster Kesehatan Nasional (Koordinator dan Sub Klaster Kesehatan) dan uraian tugasnya | | 9. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>10. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>11. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit<br>12. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 54. | Rancangan Regulasi Mengenai KLB dan Wabah | 1. Regulasi mengenai KLB dan Wabah merupakan tindak lanjut delegasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.<br>2. Regulasi mengenai KLB dan Wabah disusun untuk mendukung Tujuan 4 Renstra yaitu sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsif.<br>3. Regulasi mengenai KLB dan Wabah disusun untuk mendukung sasaran strategis 4.1 yaitu meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan.<br>4. Regulasi mengenai KLB dan Wabah memuat substansi antara lain:<br>a. Kriteria KLB dan Wabah<br>b. Penetapan jenis Penyakit menular tertentu yang menyebabkan wabah<br>c. Tata cara penanggulangan KLB<br>d. Penanggulangan Pasca KLB<br>e. Tata cara Penanggulangan wabah<br>f. Penanggulangan Pasca Wabah<br>g. Penelitian dan Pengembangan<br>h. Peran Serta Masyarakat<br>i. Pencatatan dan Pelaporan<br>j. Pembinaan dan Pengawasan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>6. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>7. Kementerian Luar Negeri<br>8. Kementerian Pertahanan<br>9. Kementerian Dalam Negeri<br>10. Kementerian Keuangan<br>11. Kementerian Hukum<br>12. Kementerian Perhubungan<br>13. Kementerian Badan Usaha Milik Negara<br>14. Badan Karantina Indonesia<br>15. Badan Nasional Penanggulangan Bencana<br>16. Badan Pengawas Tenaga Nuklir<br>17. Pusat Kesehatan TNI<br>18. Pusat Zeni infanteri TNI AD | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 19. Pusdokkes Polri | |
| 55. | Rancangan Regulasi Mengenai Kekarantinaan Kesehatan | 1. Regulasi mengenai Kekarantinaan Kesehatan merupakan tindak lanjut delegasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.<br>2. Regulasi mengenai Kekarantinaan Kesehatan disusun untuk mendukung Tujuan 4 Renstra yaitu sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsif.<br>3. Regulasi mengenai Kekarantinaan Kesehatan disusun untuk mendukung sasaran strategis 4.1 yaitu meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan.<br>4. Regulasi mengenai Kekarantinaan Kesehatan memuat substansi antara lain:<br>a. Pengawasan alat angkut, orang, barang, dan lingkungan di pelabuhan, bandar udara, dan pos lintas batas negara.<br>b. Tindakan penanggulangan terhadap alat angkut, orang, barang, dan lingkungan di pelabuhan, bandar udara, dan pos lintas batas negara. | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | 1. Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan<br>2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>6. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>7. Kementerian Luar Negeri<br>8. Kementerian Pertahanan<br>9. Kementerian Dalam Negeri<br>10. Kementerian Keuangan<br>11. Kementerian Hukum<br>12. Kementerian Perhubungan<br>13. Kementerian Imigrasi dan Pemasyarakatan<br>14. Kementerian Badan Usaha Milik Negara<br>15. Badan Karantina Indonesia | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | c. Dokumen Kekarantinaan Kesehatan<br>d. Pencatatan dan Pelaporan<br>e. Sumber Daya<br>f. Pembinaan dan Pengawasan | | 16. Badan Nasional Pengelola Perbatasan<br>17. Badan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia | |
| 56. | Rancangan Regulasi mengenai Perencanaan Perbekalan Kesehatan | **1. Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:**<br>Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 Pasal 407 ayat (7), Pasal 410 ayat (2), Pasal 411 ayat (2), Pasal 412 ayat (5), Pasal 416 ayat (4), Pasal 417 ayat (4), Pasal 419 ayat (1), Pasal 425 ayat (1), Pasal 915, Pasal 921 ayat (4), Pasal 924 ayat (5), Pasal 928 ayat (4), Pasal 937 ayat (3), Pasal 943 ayat (5).<br>**2. Mendukung Tujuan Renstra:**<br>Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif.<br>**3. Mendukung sasaran strategis:**<br>Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan<br>**4. Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>a. Perencanaan kebutuhan;<br>b. Pemilihan;<br>c. Perencanaan produksi dalam negeri dan importasi perbekalan kesehatan;<br>d. Perencanaan mengutamakan perbekalan kesehatan dalam negeri; | 1. Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi<br>2. Direktorat Produksi dan Distribusi Farmasi<br>3. Direktorat Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan<br>4. Direktorat Pengawasan Alat Kesehatan<br>5. Direktorat Ketahanan Farmasi dan Alkes | 1. LKPP<br>2. Kemenperin<br>3. Biro Pengadaan Barang dan Jasa<br>4. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit<br>5. Dinkes Prov/Kab. dan Kota<br>6. RS Pemerintah/Swasta<br>7. Asosiasi Industri Farmasi dan Alkes | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | e. Perencanaan perbekalan kesehatan pada kondisi darurat, bencana, KLB, atau wabah; | | | |
| 57. | Rancangan Regulasi mengenai Produksi Perbekalan Kesehatan | **1. Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:**<br>Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 Pasal 407 ayat (7), Pasal 410 ayat (2), Pasal 411 ayat (2), Pasal 412 ayat (5), Pasal 416 ayat (4), Pasal 417 ayat (4), Pasal 419 ayat (1), Pasal 425 ayat (1), Pasal 915, Pasal 921 ayat (4), Pasal 924 ayat (5), Pasal 928 ayat (4), Pasal 937 ayat (3), Pasal 943 ayat (5).<br>**2. Mendukung Tujuan Renstra:**<br>Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif.<br>**3. Mendukung sasaran strategis:**<br>Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan<br>**4. Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>1. Penyelenggaraan Produksi dan ketentuan Fasilitas Produksi (termasuk Cara Pembuatan yang Baik (CPB));<br>2. Penguatan industri perbekalan kesehatan;<br>3. Peningkatan kapasitas produksi dalam negeri;<br>4. Penggunaan bahan baku dalam negeri; | 1. Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi<br>2. Direktorat Produksi dan Distribusi Farmasi<br>3. Direktorat Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan<br>4. Direktorat Pengawasan Alat Kesehatan<br>5. Direktorat Ketahanan Farmasi dan Alkes | 1. BPOM<br>2. Kemenperin<br>3. BRIN<br>4. BSN<br>5. Asosiasi Industri Farmasi dan Alkes | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 5. Pengembangan Perbekalan Kesehatan Inovasi (termasuk uji klinik yg baik).<br>6. Katalog Elektronik Kementerian Kesehatan | | | |
| 58. | Rancangan Regulasi mengenai Penyediaan Perbekalan Kesehatan | 1. **Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:** Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 Pasal 407 ayat (7), Pasal 410 ayat (2), Pasal 411 ayat (2), Pasal 412 ayat (5), Pasal 416 ayat (4), Pasal 417 ayat (4), Pasal 419 ayat (1), Pasal 425 ayat (1), Pasal 915, Pasal 921 ayat (4), Pasal 924 ayat (5), Pasal 928 ayat (4), Pasal 937 ayat (3), Pasal 943 ayat (5).<br>2. **Mendukung Tujuan Renstra:** Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif.<br>3. **Mendukung sasaran strategis:** Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan<br>4. **Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>1. Penyediaan mempertimbangkan ambang batas TKDN;<br>2. Prioritas penggunaan produk dalam negeri pada katalog elektronik;<br>3. Tata kelola penyediaan perbekalan kesehatan (Pengadaan, penerimaan, dan penyimpanan);<br>4. Penyediaan perbekalan kesehatan pada kondisi darurat, bencana, KLB, atau wabah; | 1. Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi<br>2. Direktorat Produksi dan Distribusi Farmasi<br>3. Direktorat Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan<br>4. Direktorat Pengawasan Alat Kesehatan<br>5. Direktorat Ketahanan Farmasi dan Alkes | 1. LKPP<br>2. Kemenperin<br>3. Biro Pengadaan Barang dan Jasa<br>4. Kemendag<br>5. BRIN<br>6. BUMN<br>7. Asosiasi Industri Farmasi dan Alkes | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Substitusi Perbekalan Kesehatan. | | | |
| 59. | Rancangan Regulasi mengenai Peredaran Perbekalan Kesehatan | 1. **Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:** Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 Pasal 407 ayat (7), Pasal 410 ayat (2), Pasal 411 ayat (2), Pasal 412 ayat (5), Pasal 416 ayat (4), Pasal 417 ayat (4), Pasal 419 ayat (1), Pasal 425 ayat (1), Pasal 915, Pasal 921 ayat (4), Pasal 924 ayat (5), Pasal 928 ayat (4), Pasal 937 ayat (3), Pasal 943 ayat (5).<br>2. **Mendukung Tujuan Renstra:** Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif.<br>3. **Mendukung sasaran strategis:** Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan<br>4. **Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>1. Perizinan peredaran produk (izin edar, ekspor dan impor, *Special Access Scheme*/SAS, *Emergency Use Authorization*/EUA);<br>2. Penggolongan obat, obat bahan alam, alat kesehatan, dan PKRT;<br>3. Penyelenggaraan Distribusi dan ketentuan Fasilitas Distribusi termasuk Cara Distribusi yang Baik (CDB);<br>4. Penyerahan di Fasilitas Pelayanan Farmasi dan Fasilitas Lain; | 1. Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi<br>2. Direktorat Produksi dan Distribusi Farmasi<br>3. Direktorat Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan<br>4. Direktorat Pengawasan Alat Kesehatan<br>5. Direktorat Ketahanan Farmasi dan Alkes | 1. BPOM<br>2. Bea Cukai<br>3. Kementerian Komunikasi dan Digital<br>4. Kemendag<br>5. BPAFK | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 5. Peredaran perbekalan kesehatan memanfaatkan sistem elektronik.;<br>6. Penarikan perbekalan kesehatan;<br>Pemusnahan perbekalan kesehatan. | | | |
| 60. | Rancangan Regulasi mengenai Pengendalian Perbekalan Kesehatan | **1. Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:**<br>Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 Pasal 407 ayat (7), Pasal 410 ayat (2), Pasal 411 ayat (2), Pasal 412 ayat (5), Pasal 416 ayat (4), Pasal 417 ayat (4), Pasal 419 ayat (1), Pasal 425 ayat (1), Pasal 915, Pasal 921 ayat (4), Pasal 924 ayat (5), Pasal 928 ayat (4), Pasal 937 ayat (3), Pasal 943 ayat (5).<br>**2. Mendukung Tujuan Renstra:**<br>Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif.<br>**3. Mendukung sasaran strategis:**<br>Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan<br>**4. Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>a. Pengendalian ketersediaan;<br>b. Pengendalian harga (katalog konsolidasi);<br>c. Pengendalian mutu dan keamanan produk (sampling, pengujian, vigilans);<br>d. Penandaan promosi dan Iklan;<br>e. Pengawasan produksi dan peredaran;<br>f. Pengendalian *post border*.<br>g. Penarikan Perbekalan Kesehatan; | 1. Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi<br>2. Direktorat Produksi dan Distribusi Farmasi<br>3. Direktorat Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan<br>4. Direktorat Pengawasan Alat Kesehatan<br>5. Direktorat Ketahanan Farmasi dan Alkes | **1.** BPOM<br>**2.** Bea Cukai<br>**3.** Kementerian Komunikasi dan Digital<br>4. Korwas PPNS | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | h. Pemusnahan Perbekalan Kesehatan;<br>i. Tata cara pelaksanaan pengawasan penandaan dan iklan alat kesehatan dan PKRT. | | | |
| 61. | Rancangan Regulasi mengenai Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi | **1. Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:**Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika;<br>● Undang-undang Narkotika No 36 Tahun 2009;<br>● Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 2010 tentang Prekursor;<br>● Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.<br>**2. Mendukung Tujuan Renstra:**<br>Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif.<br>**3. Mendukung sasaran strategis:**<br>Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan<br>**4. Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>a. Penyediaan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor;<br>b. Pendistribusian NPP;<br>c. Produksi NPP; | Direktorat Produksi dan Distribusi Farmasi | 1. BNN<br>2. BPOM<br>3. Bareskrim<br>4. Bea Cukai<br>5. Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains dan Teknologi | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | d. Penggunaan Narkotika dan Psikotropika dalam pengembangan Ilmu Pengetahuan;<br>e. Penggolongan NPP;<br>f. Pengaturan Ekspor dan Impor NPP;<br>g. Pemusnahan NPP. | | | |
| 62. | Rancangan Regulasi mengenai Pendanaan Kesehatan | 1. UU 17 Tahun 2023; PP 28 Tahun 2024<br>2. Regulasi ini disusun untuk renstra tujuan 5 yaitu Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif<br>3. regulasi ini disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 5.2 yaitu terpenuhinya pendanaan kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan untuk pelayanan kesehatan yang komprehensif<br>4. Materi muatan pokok:<br>a. Perencanaan Penganggaran;<br>b. Pelaksanaan Anggaran;<br>c. Pelaporan;<br>d. Pemantauan dan evaluasi;<br>e. Kajian pendanaan; | 1. Sekretariat Jenderal, Biro Keuangan dan Barang Milik Negara<br>2. Sekretariat Jenderal, Pusat Pembiayaan Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas;<br>4. Inspektorat Jenderal;<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan;<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit;<br>7. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan;<br>8. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan;<br>9. Kementerian Koordinator bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan;<br>10. Kementerian Keuangan;<br>11. Kementerian Dalam Negeri;<br>12. Kementerian Hukum; | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 13. Kementerian Sekretariat Negara;<br>14. Kementerian Sosial;<br>15. Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga (BKKBN);<br>16. Kementerian Ketenagakerjaan;<br>17. Kementerian BUMN;<br>18. Kementerian Pertahanan;<br>19. Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal;<br>20. Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah;<br>21. Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi;<br>22. Kementerian Investasi dan Hilirisasi;<br>23. OJK;<br>24. BPOM;<br>25. BPJS Kesehatan;<br>26. BPJS Ketenagakerjaan;<br>27. BPS<br>28. DJSN; | |
| 63. | Rancangan Regulasi mengenai Sistem Informasi Kesehatan | | | | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 64. | Rancangan Regulasi mengenai Teknologi Kesehatan | 1. UU 17 Tahun 2023; PP 28 Tahun 2024<br>2. Regulasi ini disusun untuk mendukung tujuan Renstra 6 yaitu Teknologi Kesehatan yang maju<br>3. Regulasi ini disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 6.1 yaitu Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan.<br>4. Materi muatan pokok:<br>a. Pedoman registrasi penelitian klinik<br>b. Tata cara Penilaian Teknologi Kesehatan<br>c. Pedoman pemantauan dan evaluasi hasil pengujian skala terbatas dan hasil penilaian Teknologi<br>d. Perjanjian pengalihan Material, Muatan Informasi, dan/atau Data antar wilayah di Indonesia | 1. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>2. Sekretariat Jenderal | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>3. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>5. Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi;<br>6. Kementerian Luar Negeri;<br>7. Kementerian Pertahanan;<br>8. Kementerian Keuangan;<br>9. Kementerian Komunikasi dan Digital<br>10. Kementerian Dalam Negeri<br>11. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>12. BRIN<br>13. BPOM | Tahun 2025-2029 |
| 65. | Rancangan Regulasi mengenai Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan | **1. Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:**<br>a. Peraturan Presiden No. 139 Tahun 2024 Pasal 31<br>b. Peraturan Presiden No. 140 Tahun 2024 Pasal 95 ayat (1).<br><br>**2. Mendukung Tujuan Renstra:**<br>Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi learning organization. | Sekretariat Jenderal<br>Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia | 1. Unit Eselon I terkait yang menjadi pembina UPT<br>2. Sekretariat Jenderal<br>3. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Badan Kepegawaian Negara | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 3. **Mendukung sasaran strategis:** Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan<br><br>4. **Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>a. Tugas dan Fungsi<br>b. Besaran Organisasi<br>c. KJF<br>d. Jabatan<br>e. UPT<br>f. Tata Kerja | | | |
| 2. | Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum di Lingkungan Kementerian Kesehatan | 1. **Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:** Peraturan Pemerintah Nomor 64 Tahun 2019 tentang Jenis dan Tarif atas Jenis Penerimaan Negara Bukan Pajak yang Berlaku Pada Kementerian Kesehatan<br>2. **Mendukung Tujuan Renstra:** Layanan Kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. **Mendukung sasaran strategis:** Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes<br><br>4. **Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>a. Perubahan Nomenklatur,<br>b. Penyesuaian Tarif,<br>c. Penambahan jenis layanan baru Penggolongan NPP | Biro Keuangan dan BMN | 1. Kementerian Hukum<br>2. Kementerian Sekretariat Negara<br>3. Sekretariat Kebinet<br>4. Kementerian Keuangan<br>5. Kemenko Perekonomian<br>6. Unit Eselon I Kemenkes | Tahun 2025-2027 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. | Rancangan Regulasi mengenai Pemeriksaan Kesehatan dan Pemeriksaan Psikologi Pekerja Migran Indonesia serta Jaminan Kesehatan Pekerja Migran Indonesia | 1. Amanat dari Pasal 140 ayat (4), Pasal 155, Pasal 168, Pasal 169, Pasal 171, Pasal 172, Pasal 5 ayat (3) dan Pasal 10 ayat (3) Peraturan Pemerintah Nomor 59 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Pelindungan Pekerja Migran Indonesia<br>2. RPermenkes disusun untuk mendukung Tujuan 3 Renstra yaitu **Layanan Kesehatan yg berkualitas, baik, adil dan terjangkau**<br>3. RPermenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.1 yaitu **Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes**<br>4. Rpermenkes menguraikan substansi mengenai:<br>a. Penyelenggaran Pemeriksaan Kesehatan<br>b. Standar pemeriksaan kesehatan<br>c. Penetapan hasil pemeriksaan<br>d. Penyelenggaraan pemeriksaan psikologi<br>e. Standar pemeriksaan psikologi<br>f. Penetapan hasil pemeriksaan psikologi<br>g. Surat keterangan sehat<br>h. Jaminan soial kesehatan bagi Pekerja Migran Indonesia dengan menggunakan mekanisme JKN | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | 1. Kemenko Pemberdayaan Masyarakat<br>2. Kemenko Perekonomian dan Investasi<br>3. Kementerian Ketenagakerjaan<br>4. Kementerian HAM<br>5. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi<br>6. Kementerian Dalam Negeri<br>7. Kementerian Sosial<br>8. Kementerian Pelindungan Pekerja Migran Indonesia<br>9. BPJS Kesehatan<br>10. BPJS Ketenagakerjaan<br>11. Kementerian Luar Negeri | Tahun 2025 |
| 4. | Rancangan Regulasi mengenai Analisis Biaya | 1. Perpres Nomor 68 Tahun 2024 Tentang Kontribusi Pemerintah pada | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | Manfaat dan Evaluasi Kontribusi Pemerintah pada Organisasi Internasional Non Pemerintah Bidang Kesehatan | Organisasi Internasional Non Pemerintah Bidang Kesehatan.<br>2. Regulasi ini disusun untuk mendukung mendukung seluruh tujuan renstra.<br>3. Regulasi ini disusun untuk mendukung seluruh sasaran strategis.<br>4. Materi muatan pengaturan:<br>a. prosedur pengusulan kontribusi<br>b. prosedur penilaian dan persetujuan kontribusi<br>c. analisis biaya manfaat pelaksanaan kontribusi pemerintah pada organisasi non pemerintah bidang kesehatan<br>d. mekanisme pembayaran kontribusi<br>e. evaluasi pelaksanaan kontribusi | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global | 3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas;<br>4. Inspektorat Jenderal;<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan;<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit;<br>7. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan;<br>8. Kementerian Keuangan<br>9. Kementerian Luar Negeri | |
| 5. | Rancangan Regulasi mengenai Organisasi Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan | **1. Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:**<br>a. Peraturan Presiden No. 140 Tahun 2024 Pasal 67.<br>b. Peraturan Presiden No. 18 Tahun 2021 Pasal 35<br>c. Peraturan Menteri PANRB Nomor 2 Tahun 2023<br>**2. Mendukung Tujuan Renstra:** Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi learning organization.<br>**3. Mendukung sasaran strategis:** | Sekretariat Jenderal<br>Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia | 1. Unit Eselon I terkait yang menjadi pembina UPT<br>2. Sekretariat Jenderal<br>3. Kementerian PANRB<br>4. Kemenkeu<br>5. BKN | Tahun 2025-2026 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan<br><br>**4. Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>a. Tugas dan Fungsi<br>b. Besaran Organisasi<br>c. KJF<br>d. Jabatan<br>e. UPT<br>f. Tata Kerja | | | |
| 6. | Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Nomenklatur Perangkat Daerah dan Unit Kerja pada Perangkat Daerah yang Menyelenggarakan Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan | **1. Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:**<br>a. UU 23 Tahun 2014 Pasal 211.<br>b. PP 18 Tahun 2016 Pasal 109 ayat (2)<br>**2. Mendukung Tujuan Renstra:**<br>Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi learning organization.<br>**3. Mendukung sasaran strategis:**<br>Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan<br><br>**4. Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>a. Penataan organisasi<br>b. Susunan organisasi<br>c. Tugas dan Fungsi<br>d. Pembentukan Tim Kerja | Sekretariat Jenderal<br>Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia | 1. Sekretariat Unit Eselon I di lingkungan Kemenkes<br>2. Sekretariat Jenderal<br>3. Kementerian Dalam Negeri<br>4. KemenPANRB | Tahun 2026 |
| 7. | Rancangan Regulasi mengenai Pelaksanaan Pemberian Tunjangan | **1. Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:**<br>Peraturan Presiden No. 127 Tahun 2018 Pasal 10 | Sekretariat Jenderal<br>Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia | 1. Sekretariat Unit Eselon I di lingkungan Kemenkes<br>2. Sekretariat Jenderal<br>3. Kementerian PANRB | 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | Kinerja bagi Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan | **2. Mendukung Tujuan Renstra:** Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi learning organization.<br>**3. Mendukung sasaran strategis:** Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan<br>**4. Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>a. Jabatan dan Kelas Jabatan<br>b. Besaran tunjangan kinerja<br>c. Tata cara pemberian dan pengurangan tunjangan kinerja | | 4. Kemenkeu | |
| 8. | Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Pelaksanaan Penegakan Disiplin ASN di Lingkungan Kementerian Kesehatan | 1. Merupakan tindak lanjut dari Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil, Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2018 tentang Manajemen Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, dan Peraturan Badan Kepegawaian Negara Nomor 6 Tahun 2022 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil<br>2. Adanya perubahan organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan<br>3. Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Pelaksanaan Penegakan Disiplin ASN di Lingkungan Kementerian Kesehatan disusun untuk mendukung Tujuan 7 Renstra, | Sekretariat Jenderal<br>Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia | 1. Sekretariat Unit Eselon I di lingkungan Kemenkes<br>2. Biro Hukum<br>3. Badan Kepegawaian Negara | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | yaitu Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi Learning Organization.<br>4. Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Pelaksanaan Penegakan Disiplin ASN di Lingkungan Kementerian Kesehatan disusun untuk mendukung sasaran strategis 7.1, yaitu meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan<br>5. Pedoman Pelaksanaan Penegakan Disiplin ASN di Lingkungan Kementerian Kesehatan memuat substansi/materi muatan:<br>a. Daftar Atasan Langsung di Lingkungan Kementerian Kesehatan<br>b. Pejabat yang Berwenang Menghukum (PyBM) di Lingkungan Kementerian Kesehatan | | | |
| 9. | Rancangan Regulasi mengenai Klasifikasi/Tipologi Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan | **1. Amanat/delegasi peraturan perundang-undangan:**<br>Peraturan Menteri PANRB Nomor 2 Tahun 2023 Pasal 16, 17, 18, 19, 20<br>**2. Mendukung Tujuan Renstra:**<br>Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi learning organization.<br>**3. Mendukung sasaran strategis:**<br>Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan | Sekretariat Jenderal<br>Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia | 1. Sekretariat Unit Eselon I di lingkungan Kemenkes<br>2. Sekretariat Jenderal<br>3. Kementerian Keuangan<br>4. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi | Tahun 2025-2026 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **4. Uraian pokok/materi muatan pokok:**<br>a. Kriteria Klasifikasi<br>b. Penilaian Klasifikasi<br>c. Evaluasi | | | |
| 10. | Rancangan Regulasi mengenai Disiplin Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan | 1. Merupakan amanat dari Pasal 52 Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2018 tentang Manajemen Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja<br>2. Rancangan Regulasi mengenai Disiplin Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan disusun untuk mendukung Tujuan 7 Renstra, yaitu Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi *Learning Organization.*<br>3. Rancangan Regulasi mengenai Disiplin Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan disusun untuk mendukung sasaran strategis 7.1, yaitu meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan<br>4. Rancangan Regulasi mengenai Disiplin Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan memuat substansi/materi muatan:<br>a. Kewajiban dan larangan PPPK<br>b. Tingkat dan Jenis Hukuman Disiplin | Sekretariat Jenderal<br>Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia | 1. Sekretariat Unit Eselon I di lingkungan Kemenkes<br>2. Biro Hukum<br>3. Badan Kepegawaian Negara | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. | Rancangan Regulasi mengenai Penyidik Pegawai Negeri Sipil Bidang Kesehatan | | | | |
| 12. | Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Administrasi Perjalanan Dinas Luar Negeri di Lingkungan Kementerian Kesehatan | 1. Peraturan Menteri Sekretaris Negara Nomor 11 Tahun 2008 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penanganan Administrasi Perjalanan Dinas Luar Negeri dan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 164/PMK.05/2015 tentang Tata Cara Pelaksanaan Perjalanan Dinas Luar Negeri (beserta perubahan-perubahannya)<br>2. Mendukung Tujuan 7: Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi *Learning Organization*<br>3. SS 7.1: Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan<br>4. RPermenkes ini merupakan **revisi** atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2016 Tentang Pedoman Administrasi Perjalanan Dinas Luar Negeri di Lingkungan Kementerian Kesehatan, yang perlu disesuaikan dengan kebijakan terkini Pimpinan dan OTK baru Kementerian Kesehatan setelah pergantian kabinet baru. | Sekretariat Jenderal<br>Biro Umum | 1. Kementerian Kesehatan:<br>a. Sekretariat Jenderal<br>b. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>c. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit<br>d. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>e. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>f. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>g. Inspektorat Jenderal<br>h. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan<br>6. Kementerian Sekretariat Negara<br>7. Kementerian Luar Negeri<br>8. Kementerian Keuangan | Tahun 2025-2026 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 5. **Substansi pokok:** pengaturan mengenai persyaratan dan prosedur pelaksanaan administrasi perjalanan dinas luar negeri (PDLN) bagi Pejabat dan Pegawai di lingkungan Kementerian Kesehatan yang sebelumnya sudah diatur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2016 Tentang Pedoman Administrasi Perjalanan Dinas Luar Negeri di Lingkungan Kementerian Kesehatan | | 9. Kementerian Dalam Negeri | |
| 13. | Rancangan Regulasi mengenai Penyelenggaraan Kearsipan di Lingkungan Kementerian Kesehatan | 1. RKepmenkes tindak lanjut amanah Bab Bagian Kesatu Pasal 40 Ayat (4) UU 43 Tahun 2009 tentang Kearsipan.<br>2. RKepmenkes disusun untuk mendukung Tujuan 7: Kementerian Kesehatan yang mampu menjadi Learning Organization<br>3. RKepmenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 7.1 Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan<br>4. RKepmenkes memuat substansi/materi muatan:<br>a. Tata Naskah Dinas;<br>b. Kode Klasifikasi Arsip;<br>c. Sistem Klasifikasi Keamanan dan Akses Arsip Dinamis;<br>d. Jadwal Retesni Arsip; dan<br>e. Tata Kearsipan Dinamis | Sekretariat Jenderal<br>Biro Umum | Delapan Unit Organisasi Kementerian Kesehatan:<br>1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas<br>3. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>5. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan<br>6. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan<br>7. Inspektorat Jenderal<br>8. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| 14. | Rancangan Regulasi mengenai Penyelenggaraan Kesehatan Haji | 1. Rancangan Permenkes merupakan simplifikasi peraturan menteri kesehatan di lingkungan Pusat Kesehatan Haji yaitu Permenkes Nomor 15 Tahun 2016 tentang Istithaah kesehatan haji, Permenkes Nomor 62 Tahun 2016 tentang penyelenggaraan kesehatan haji, Permenkes Nomor 3 Tahun 2018 tentang Rekutmen Petugas Kesehatan Haji Indonesia dan Permenkes Nomor 9 Tahun 2021 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Kesehatan Haji di Arab Saudi.<br>2. Rancangan Permenkes disusun untuk mendukung tujuan 3 Renstra yaitu layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil dan terjangkau.<br>3. Rancangan Permenkes disusun untuk mendukung sasaran strategis 3.1 yaitu meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes dan sasaran strategis 3.2 yaitu meningkatnya kuantitas dan kualitas SDM kesehatan.<br>4. Rancangan Permenkes memuat substansi/materi muatan:<br>a. Penyelenggaraan kesehatan haji di Indonesia:<br>1) Pemeriksaan kesehatan jemaah haji | Sekretariat Jenderal | 1. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.<br>2. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan.<br>3. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit.<br>4. Kementerian Agama.<br>5. Kementerian Dalam Negeri. | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2) Pembinaan kesehatan jemaah haji<br>3) Vaksinasi<br>4) Pelayanan Embarkasi/debarkasi Haji<br>5) Rekrutmen petugas kesehatan haji<br>b. Penyelenggaraan kesehatan haji di Arab Saudi:<br>1) Pra Operasional<br>2) Operasional<br>3) Pasca Operasional<br>c. Sistem Informasi Kesehatan Haji;<br>d. Penyelenggaraan Ibadah Haji Khusus;<br>e. Kemitraan dan Pemberdayaan Masyarakat;<br>f. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan kesehatan haji;<br>g. Pengelolaan BMN Arab Saudi. | | | |
| 15. | Rancangan Regulasi mengenai Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya Program Jaminan Kesehatan | 1. Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;<br>2. Regulasi ini disusun untuk mendukung Renstra Tujuan 5 yaitu Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif<br>3. Regulasi ini disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 5.2 yaitu Terpenuhinya pendanaan kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan untuk pelayanan kesehatan yang komprehensif<br>4. Materi Muatan Pokok: | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Pembiayaan Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas;<br>4. Inspektorat Jenderal;<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan;<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit; | Tahun 2026 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | a. Ruang lingkup urun biaya diberlakukan pada jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan yang dipengaruhi oleh selera dan perilaku peserta.<br>b. Daftar manfaat urun biaya<br>c. Koordinasi koordinasi antara badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan | | 7. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan;<br>8. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan;<br>9. Kementerian Koordinator bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan;<br>10. Kementerian Keuangan;<br>11. Kementerian Dalam Negeri;<br>12. Kementerian Hukum;<br>13. Kementerian Sekretariat Negara;<br>14. Kementerian Ketenagakerjaan;<br>15. BPJS Kesehatan;<br>16. BPJS Ketenagakerjaan;<br>17. DJSN;<br>OJK | |
| 16. | Rancangan Regulasi mengenai Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan | 1. UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN; UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS; Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; Perpres PERPRES No. 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; PERPRES No. 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; PERPRES No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan | Sekretariat Jenderal Pusat Pembiayaan Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas;<br>4. Inspektorat Jenderal;<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan;<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit; | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Kesehatan; Perpres No. 59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga;<br>2. Regulasi ini disusun untuk mendukung Renstra tujuan 5 yaitu Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif<br>3. Regulasi ini disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 5.2 yaitu Terpenuhinya pendanaan kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan untuk pelayanan kesehatan yang komprehensif.<br>4. Materi pengaturan:<br>a. perubahan manfaat, standar tarif, baik di FKTP maupun FKRTL;<br>b. lingkup pelayanan, norma pelayanan yang diberlakukan di FKTP (kapitasi basis kinerja), standar tarif pelayanan. | | 7. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan;<br>8. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan;<br>9. Kementerian Koordinator bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan;<br>10. Kementerian Keuangan;<br>11. Kementerian Dalam Negeri;<br>12. Kementerian Hukum;<br>13. Kementerian HAM;<br>14. Kementerian Imigrasi dan Pemasyarakatan;<br>15. Kementerian Sekretariat Negara;<br>16. Kementerian Perlindungan Pekerja Migran Indonesia;<br>17. Kementerian Sosial;<br>18. Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga (BKKBN);<br>19. Kementerian Ketenagakerjaan;<br>20. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak;<br>21. Kementerian Mikro, Kecil, dan Menengah;<br>22. BPJS Kesehatan;<br>23. BPJS Ketenagakerjaan; | |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 24. DJSN | |
| 17. | Rancangan Regulasi mengenai Pedoman Indonesia Case Base Groups dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan | 1. Amanat Delegasi Peraturan:<br>2. Regulasi ini disusun untuk mendukung renstra tujuan 5 yaitu Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif.<br>3. Regulasi ini disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 5.2 yaitu Terpenuhinya pendanaan kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan untuk pelayanan kesehatan yang komprehensif.<br>4. Materi pengaturan:<br>a. grouper<br>b. pengelompokan penyakit<br>c. aturan koding dan episode. | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Pembiayaan Kesehatan | 1. BPJS Kesehatan<br>2. Rumah Sakit | Tahun 2025 |
| 18. | Rancangan Regulasi mengenai Penggunaan Jasa Pelayanan dan Dukungan Operasional Pelayanan Kesehatan dalam Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN | 1. Perpres 46 Tahun 2021<br>2. Regulasi ini disusun untuk mendukung renstra tujuan 5 yaitu Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif<br>3. Regulasi ini disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 5.2 yaitu Terpenuhinya pendanaan kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan untuk pelayanan kesehatan yang komprehensif<br>4. Materi pengaturan:<br>Optimalisasi pemanfaatan dana kapitasi di FKTP milik Pemda non BLUD:<br>a. Perluasan pemanfaatan SiLPA dana kapitasi untuk | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Pembiayaan Kesehatan | 1. Sekretariat Jenderal<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan;<br>3. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas;<br>4. Inspektorat Jenderal;<br>5. Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan;<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit;<br>7. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan;<br>8. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan; | Tahun 2025-2029 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | menggantikan pendapatan kapitasi yang dipotong oleh BPJS Kesehatan.<br>b. Perubahan formula penghitungan pembayaran jasa pelayanan bagi tenaga kesehatan di Puskesmas serta perluasan jenis ketenagaan yang berhak mendapatkan jasa pelayanan dari dana kapitasi.<br>c. Perluasan pemanfaatan dukungan operasional. | | 9. Kementerian Keuangan;<br>10. Kementerian Dalam Negeri;<br>11. Kementerian Hukum;<br>12. Kementerian Sekretariat Negara;<br>13. BPJS Kesehatan;<br>14. BPJS Ketenagakerjaan;<br>15. DJSN | |
| 19. | Rancangan Regulasi mengenai Penilaian Teknologi Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan dan Program Kesehatan yang Dibiayai Pemerintah | 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004; Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011; Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023; Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024; Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2019<br>2. Regulasi ini disusun untuk mendukung renstra tujuan 5 yaitu Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif<br>3. Regulasi ini disusun untuk mendukung sasaran strategis SS 5.2 yaitu Terpenuhinya pendanaan kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan untuk pelayanan kesehatan yang komprehensif<br>4. Uraian Substansi pokok/materi muatan: | Sekretariat Jenderal<br>Pusat Pembiayaan Kesehatan | 1. Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan;<br>2. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan;<br>3. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan;<br>4. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas;<br>5. Inspektorat Jenderal;<br>6. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit;<br>7. BPJS Kesehatan. | Tahun 2025 |

| No | Arah Kerangka Regulasi dan/atau Kebutuhan Regulasi | Urgensi Pembentukan Berdasarkan Evaluasi Regulasi Eksisting, Kajian dan Penelitian | Unit Penanggung Jawab | Unit Terkait/Institusi | Target Penyelesaian (Tahun) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | a. Pelaksanaan penilaian teknologi kesehatan dalam ruang lingkup JKN dan program kesehatan yang dibiayai pemerintah;<br>b. Tahapan pelaksanaan penilaian teknologi kesehatan melalui tahapan seleksi topik, asesmen, appraisal, nota rekomendasi, dan keputusan.<br>c. Komite penilaian teknologi kesehatan.<br>d. Mekanisme Stakeholder Led Submission dan pengajuan topik urgen.<br>e. Peran serta pasien dalam pelaksanaan penilaian teknologi kesehatan<br>f. Pemantauan terhadap implementasi hasil penilaian teknologi kesehatan. | | | |

| Indikator | Definisi Operasional | Cara Perhitungan | Frekuensi Pelaporan | Penanggung Jawab |
|---|---|---|---|---|
| ISS 1 Angka Kematian Ibu | Banyaknya perempuan yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan komplikasi obstretik atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidentil) selama kehamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. | Jumlah kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang tercatat atau hasil estimasi pada tahun tertentu dibagi jumlah kelahiran hidup pada periode yang sama dan dikali 100.000.<br><br>AKI = (JKI/JLH) x 100.000<br><br>Keterangan:<br>AKI : Angka kematian ibu<br><br>JKI : Jumlah kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas atau estimasi pada waktu tertentu<br><br>JLH: Jumlah kelahiran hidup | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKP 1.1. Persentase Anemia pada ibu hamil | Persentase ibu hamil yang masuk dalam kategori anemia ditandai dengan Hb hasil pengukuran <11 mmHG | Jumlah ibu hamil yang masuk dalam kategori anemia ditandai dengan Hb hasil pengukuran <11 mmHG pada kurun waktu satu tahun dibagi jumlah sasaran seluruh ibu hamil pada kurun waktu yang sama, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 1.1.1 Persentase remaja putri yang mengonsumsi tablet tambah darah | % rematri SMP & SMA sederajat yang mengonsumsi TTD sebanyak 1 tablet setiap minggu (total minimal 26 tablet | Jumlah remaja putri SMP & SMA sederajat yang mengonsumsi TTD sebanyak 1 tablet setiap minggu (total minimal 26 tablet dalam satu | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | dalam satu tahun) di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu | tahun) di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu, dibagi jumlah sasaran remaja putri SMP & SMA sederajat diwaktu yang sama, dikali 100% | | Primer dan Komunitas |
| IKK 1.1.2 Persentase remaja putri diskrining anemia | Persentase remaja putri kelas 7 SMP/sederajat dan kelas 10 SMA/Sederajat yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan Haemoglobin (Hb) minimal 1 kali di suatu wilayah dan kurun waktu tertentu | Jumlah remaja putri kelas 7 SMP/sederajat dan kelas 10 SMA/sederajat yang mendapatkan pelayanan pemeriksaaan Haemoglobin/ jumlah sasaran remaja putri kelas 7 SMP/sederajat dan kelas 10 SMA/Sederajat) × 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKK 1.1.3 Persentase calon pengantin yang mendapat skrining kesehatan | Persentase calon pengantin yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar | Jumlah Calon Pengantin yang diperiksa kesehatannya dibagi seluruh sasaran calon pengantin di tahun yang sama dikali 100 persen | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKK 1.1.4 Prevalensi remaja putri anemia | Cakupan anak perempuan kelas 7 (SMP atau sederajat) dan kelas 10 (SMA dan sederajat) yang memiliki kadar hemoglobin <12 g/dL | [(Jumlah anak perempuan kelas 7 (SMP atau sederajat) dan kelas 10 (SMA dan sederajat) yang memiliki kadar hemoglobin <12 g/dL)/(jumlah anak perempuan kelas 7 (SMP atau sederajat) dan kelas 10 (SMA dan sederajat) yang diskrining Hb x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 1.2. Cakupan kunjungan nifas (KF) lengkap sesuai standar | Persentase ibu nifas yang mendapatkan pelayanan nifas minimal 4 kali secara lengkap sesuai standar dengan ketentuan minimal:<br>1. 1 kali pada 6-48 jam setelah melahirkan;<br>2. 1 kali pada hari ke 3-7;<br>3. 1 kali pada hari ke 8 -28; dan<br>4. 1 kali pada hari ke 29-42<br>setelah melahirkan di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu.<br>Pelayanan yang harus diberikan adalah sebagai berikut:<br>Identifikasi tanda bahaya (perdarahan, tekanan darah tinggi, pandangan mata kabur, nyeri kepala yang sangat mengganggu, kejang, keluarnya cairan berbau dan berwarna dari jalan lahir),<br>edukasi menyusui,<br>edukasi dan/atau pelayanan KB,<br>edukasi tentang pemenuhan gizi ibu selama masa nifas dan menyusui | Jumlah ibu nifas yang mendapatkan pelayanan nifas secara lengkap sesuai ketentuan, dibagi jumlah ibu nifas, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 1.2.1. Persentase persalinan di fasyankes | Persentase ibu yang bersalin di fasilitas kesehatan di suatu wilayah pada kurun waktu yang tertentu sesuai standar (sesuai SPM)<br><br>Persalinan sebagaimana dimaksud dilakukan oleh tim paling sedikit 1 (satu) orang Tenaga Medis dan 2 (dua) orang Tenaga Kesehatan.<br><br>Dalam hal terdapat keterbatasan akses persalinan di fasyankes sebagaimana dimaksud di atas, persalinan tanpa komplikasi dapat dilakukan oleh tim paling sedikit 2 (dua) orang Tenaga Kesehatan, yang terdiri atas bidan dan perawat atau 2 (dua) orang bidan<br><br>Fasyankes mencakup:<br><br>FKTP: puskes, klinik pratama, praktik mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan<br><br>FKRTL: RS, klinik utama, praktik mandiri Tenaga Medis | PSalifaskes = (JPSalifaskes/JP15-49)**100%<br><br>Keterangan :<br>P Salifaskes = Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan<br>JP Salifaskes = Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan<br>JPM15-49 = Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan pada periode waktu yang sama | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 1.2.2. Persentase kematian Ibu yang direviu | Persentase kematian ibu yang dilakukan audit di suatu wilayah pada kurun waktu yang tertentu | Jumlah kematian ibu yang dilakuan audit/ Jumlah kematian ibu) * 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKK 1.2.3 Persentase Puskesmas mampu pelayanan KB Metode Kontrasepsi Jangka Menengah (MKJP) | Persentase Puskesmas yang mampu melaksanakan pelayanan KB Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) untuk metode AKDR dan implan dengan kriteria:<br><br>1. Mempunyai minimal 2 orang bidan di Puskesmas kompeten melakukan pelayanan KB MKJP (Bidan profesi atau Bidan Vokasi yang sudah mempunyai sertifikat kompetensi pelatihan);<br><br>2. Minimal 80% Pustu di wilayah kerja dengan bidan kompeten melakukan pelayanan MKJP (Bidan profesi atau Bidan Vokasi yang sudah mempunyai sertifikat kompetensi pelatihan); dan<br><br>3. Melakukan kajian mandiri kualitas | Jumlah Puskesmas mampu Pelayanan KB MKJP/ Jumlah Puskesmas di wilayah kerja, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | pelayanan kontrasepsi minimal 1 kali setahun | | | |
| IKP 1.3. Persentase ibu hamil mendapatkan skrining preeklampsia | Persentase ibu hamil yang mendapatkan skrining preeklampsia di suatu wilayah dan kurun waktu tertentu<br><br>Standar skrining preeklampsia pada ibu hamil meliputi:<br><br>1. Anamnesis (Riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat pernikahan, riwayat penyakit ibu, riwayat preeklampsia pada keluarga)<br><br>2. Pemeriksaan fisik (berat badan, tinggi badan, pengukuran tekanan darah)<br><br>3. Pemeriksaan laboratorium (proteinuria) | (Jumlah ibu hamil yang mendapatkan skrining preeklampsia / Jumlah ibu hamil) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 1.3.1. Persentase Kab/Kota dengan puskesmas PONED sesuai standar | Persentase kab/kota yang memiliki minimal 20% Puskesmas mampu PONED dari total Puskesmas di wilayahnya. Puskesmas mampu PONED adalah Puskesmas yang mampu menjalankan sinyal fungsi, sebagai berikut:<br><br>1. Pemberian injeksi parenteral antibiotik<br>2. Pemberian obat untuk tatalaksana perdarahan pasca salin<br>3. Pemberian injeksi parenteral Antikonvulsan<br>4. Melakukan tindakan Manual Plasenta<br>5. Melakukan tindakan persalinan pervaginam berbantu vakum ekstraksi letak rendah**<br>6. Melakukan tindakan pengeluaran sisa konsepsi**<br>7. Pemberian cairan IV terapetik<br>8. Melakukan tindakan resusitasi<br>9. Pemberian injeksi parenteral antibiotika<br>10. Pemberian terapi Oksigen tekanan positif<br>11. Memfasilitasi pemberian ASI<br>12. Memfasilitasi perawatan metode kanguru<br>13. Melakukan Perawatan Berkelanjutan Obstetri dan Neonatal selama rujukan antar faskes | Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 20% Puskesmas PONED dari seluruh puskesmas di wilayah tsb dan minimal mampu menjalankan 10 sinyal fungsi, dibagi total kab/kota, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **sinyal fungsi yang tidak wajib, dan butuh kompetensi tambahan | | | |
| IKK 1.3.2. Persentase *antenatal care* (ANC) 6 kali (K6) | Cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 6 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 2 kali pada trimester ke-2, 3 kali pada trimester ke-3 | Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal minimal 6x sesuai standar pada kurun waktu satu tahun dibagi jumlah sasaran seluruh ibu bersalin pada kurun waktu yang sama dikali 100%. | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 1.3.3. Cakupan *antenatal care* (ANC) sesuai standar (12T) | Persentase ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal sesuai standar (12T) meliputi:<br>1.Timbang berat badan dan ukur tinggi badan<br>2.Ukur tekanan darah<br>3.Tentukan status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)<br>4.Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)<br>5.Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)<br>6.Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan<br>7.Pemberian tablet tambah darah minimal 180 tablet selama masa kehamilan<br>8.Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B), Malaria, gluko-protein urin, gula darah sewaktu, BTA<br>9.Diagnosis dan Tata laksana/ penanganan kasus sesuai kewenangan<br>10.Temu wicara (konseling)<br>11. Temui dokter untuk USG<br>12. Temui Nakes untuk Skrining keswa | Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar 12 T pada kurun waktu satu tahun dibagi jumlah sasaran seluruh ibu bersalin pada kurun waktu yang sama dikali 100%. | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKP 1.4 Persentase Kab/kota dengan CFR *direct obstetric* | Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia dan pendarahan *postpartum*) < 1% | Jumlah kab kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan postpartum)<br><1% dibagi Jumlah Kab/Kota di Indon | Triwulanan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (eklampsi & pendarahan *postpartum*) < 1% | *Case fatality rate direct obstetric*: proporsi antara jumlah kematian akibat *direct obstetric* (eclampsia dan pendarahan *postpartum*) dengan jumlah kasus yang didiagnosis dengan direct obstetric (eclampsia dan pendarahan postpartum) tersebut (minimal 500 kasus eclampsia dan postpartum pada seluruh RS di dalam satu wilayah tersebut) pada kurun waktu 1 tahun | esia pada kurun waktu 1 tahun dikali 100%<br><br>Sumber data: Kemenkes (SIRS Online) | | |
| IKK 1.4.1 Persentase Kabupaten/Kota dengan RS PONEK sesuai standar | Kriteria RS PONEK terdiri atas:<br>1. Pemberian PONEK selama 24 (dua puluh empat) jam sehari dan 7 (tujuh) hari dalam seminggu;<br>2. mampu melakukan resusitasi, stabilisasi, transportasi rujukan dan perawatan dalam penanganan kasus gawat darurat dengan pendekatan tim, 24 (dua puluh empat) jam sehari dan 7 (tujuh) hari seminggu;<br>3. mampu melakukan penanganan operatif cepat dan tepat seksio sesarea emergensi;<br>4. tersedianya bank darah; dan<br>5. mampu melakukan penanganan komplikasi obstetri dan neonatal<br><br>Persyaratan RS PONEK:<br>1. Kebijakan RS | Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RS PONEK per 500.000 penduduk dan sesuai standar PONEK, dibagi total kab/kota, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 2. SDM<br>3. Sarana dan Prasarana<br>4. Alat Kesehatan<br>5. Obat-obatan<br>Kriteria dan persyaratan RS PONEK mengacu pada ketentuan yang berlaku<br><br>serta mampu melakukan 19 signal fungsi:<br>1. Pemberian injeksi parenteral antibiotik<br>2. Pemberian obat untuk tatalaksana perdarahan pasca salin<br>3. Pemberian injeksi parenteral Antikonvulsan<br>4. Melakukan tindakan Manual Plasenta<br>5. Melakukan tindakan persalinan pervaginam berbantu vakum ekstraksi letak rendah<br>6. Melakukan tindakan pengeluaran sisa konsepsi<br>7. Pemberian cairan IV terapi pengganti<br>Indikator Layanan Dasar Kegawatdaruratan Neonatal<br>8. Memberikan kortikosteroid antenatal<br>9. Melakukan operasi caesar<br>10. Melakukan transfusi darah<br>11. Melakukan tindakan resusitasi<br>12. Pemberian injeksi parenteral antibiotika<br>13. Pemberian terapi Oksigen tekanan positif | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 14. Memfasilitasi pemberian ASI<br>15. Memfasilitasi perawatan metode kanguru<br>16. Menyediakan CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)<br>17. Menyediakan Fototerapi atau terapi sinar untuk neonatal<br>18. Melakukan transfusi<br>19. Melakukan Perawatan Berkelanjutan Obsteteri dan Neonatal selama rujukan antar faskes<br><br>Eksklusi: RS bergerak, RS lapangan, RSD Pratama, RS Khusus | | | |
| ISS 2. Angka Kematian Balita | Jumlah kematian anak berusia 0-4 tahun (0-59 bulan) pada tahun tertentu per 1000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun yang sama (termasuk kematian bayi)<br><br>Nilai normatif AKBa adalah sebagai berikut :<br>- ≥140 = sangat tinggi<br>- 71<AKBa<140 = tinggi<br>- 20<AKBa<70 = sedang<br>- ≤ 20 = rendah | Jumlah penduduk yang meninggal pada umur 0-4 tahun (0-59 bulan) pada tahun tertentu dibagi jumlah penduduk usia 0-4 tahun (0-59 bulan) pada pertengahan tahun yang sama dan dikali 1000<br><br>AKBa =( JK<5 th / JLH) * 1000<br><br>Keterangan :<br><br>AKBa : Angka kematian balita (AKBa) per 1000 kelahiran hidup | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | JK<5th : Jumlah penduduk yang meninggal pada umur <0-4 tahun (0-59 bulan) pada waktu tertentu<br><br>JLH : Jumlah penduduk usia 0-4 tahun (0-59 bulan) pada pertengahan tahun yang sama | | |
| IKP 2.1. Angka Kematian Neonatal | Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah jumlah anak yang dilahirkan pada tahun tertentu dan meninggal dalam periode 28 hari pertama kehidupan dan dinyatakan sebagai angka per 1000 kelahiran hidup | Jumlah anak yang meninggal dalam periode 28 hari pertama kehidupan pada waktu tertentu dibagi jumlah seluruh kelahiran hidup pada periode yang sama dan dikali 1000.<br><br>AKN = (JK<28hr/JLH)*1000<br><br>Keterangan :<br>AKN : Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1000 kelahiran hidup<br><br>JK<28hr : Jumlah anak yang meninggal dalam periode 28 hari pertama kehidupan pada waktu tertentu<br><br>JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 2.1.1 Cakupan kunjungan neonatal (KN) lengkap sesuai standar | Persentase bayi baru lahir yang mendapatkan pelayanan neonatal sesuai standar sebanyak 3 kali dengan ketentuan minimal 1x pada 6-48 jam, 1x pada hari ke 3-7 dan 1 x pada hari ke 8-28 setelah dilahirkan pada wilayah dan kurun waktu yang tertentu.<br>Standar kunjungan neonatal meliputi:<br>● Pemeriksaan neonatus menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)<br>● Perawatan metode Kanguru (PMK) untuk bayi BBLR | jumlah anak umur 0-28 hari mendapatkan pelayanan neonatal esensial lengkap sesuai standar, dibagi dengan jumlah anak umur 0-28 hari dikali dengan 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKK 2.1.2 Persentase bayi baru lahir mendapat skrining Kesehatan | Persentase bayi baru lahir yang mendapatkan minimal 2 (dua) jenis pelayanan skrining yaitu skrining hipotiroid kongenital dan skrining penyakit jantung bawaan sesuai standar di suatu wilayah dan kurun waktu tertentu | Jumlah bayi baru lahir mendapatkan minimal 2 (dua) jenis pelayanan, skrining hipotiroid kongenital dan skrining penyakit jantung bawaan, sesuai standar dibagi Jumlah Kelahiran Hidup dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKK 2.1.3 Angka *Still Birth* | Jumlah kematian janin yang terjadi sejak kehamilan 28 minggu sampai dengan sebelum dilahirkan (atau berat janin > 1000 gram dan/atau panjang badan >35 cm) per 1000 kelahiran hidup di suatu wilayah dan kurun waktu tertentu | Jumlah bayi yang lahir mati pada usia kehamilan ibu > 28 minggu per 1000 kelahiran hidup | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKP 2.2. Angka Kematian Bayi | Jumlah kematian bayi sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1000 kelahiran hidup pada periode waktu yang sama.<br><br>Nilai normatif AKB adalah sebagai berikut :<br>• 70 sangat tinggi,<br>• 40-70 tinggi,<br>• 20-39 sedang,<br>• dan <20 rendah. | jumlah penduduk yang meninggal pada umur <1 tahun pada waktu tertentu dibagi jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama dan dikali 1000. AKB =( JK<1 th / JLH) * 1000 Keterangan : AKB : Angka kematian bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup JK<1th : Jumlah penduduk yang meninggal pada umur <1 tahun pada waktu tertentu JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 2.2.1 Cakupan penemuan kasus pneumonia balita | Persentase kasus pneumonia balita yang ditemukan di fasyankes di suatu wilayah dan kurun waktu tertentu | Jumlah kasus pneumonia balita yang ditemukan di fasyankes di suatu wilayah dan kurun waktu tertentu dibagi jumlah perkiraan kasus pneumonia di suatu wilayah dan kurun waktu tertentu dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKK 2.2.2 Persentase pemberian suplementasi vitamin A pada balita usia 6-59 bulan | Persentase Bayi umur 6 sampai 11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna biru dengan kandungan vitamin A sebesar 100.000 Satuan Internasional (SI) dan anak umur 12 sampai 59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna merah dengan kandungan vitamin A | Jumlah balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A / Jumlah balita 6-59 bulan)*100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | sebesar 200.000 SI, di suatu wilayah dan kurun waktu tertentu | | | Kesehatan Keluarga |
| IKK 2.2.3 Jumlah kabupaten/ kota tersertifikasi triple eliminasi | Jumlah kabupaten/kota yang mencapai indikator pre-triple eliminasi (PTE) penularan HIV, sifilis, atau Hepatitis B dari ibu ke anak dan diberikan sertifikasi sesuai ketentuan dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja.<br><br>Indikator PTE yang dimaksud sesuai dengan petunjuk teknis yang berlaku. | Jumlah kabupaten/kota yang tersertifikasi triple eliminasi penularan HIV, sifilis atau hepatitis B dari ibu ke anak di dalam kurun waktu tertentu di suatu wilayah kerja | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| ISS 3. Prevalensi Stunting (Pendek dan Sangat Pendek) | Stunting (pendek/sangat pendek) adalah kondisi kurang gizi kronis yang diukur berdasarkan indeks panjang badan/tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U). Data panjang badan/tinggi badan menjadi analisis untuk status gizi, di mana panjang badan digunakan untuk anak berusia 0-2 tahun dan tinggi badan digunakan untuk anak usia 2-5 tahun.<br><br>Panjang badan/tinggi badan setiap anak balita dikonversikan ke dalam nilai terstandar (Z-score) menggunakan baku antropometri anak balita WHO 2005. | (1) Jumlah anak balita pendek dan sangat pendek pada waktu tertentu dibagi dengan jumlah anak balita pada waktu yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).<br><br>PAB(5)P stunting =( JAB(5)P stunting/JAB(5)) *100%<br><br>Keterangan :<br>PAB(5) P stunting : Prevalensi anak balita yang masuk kategori pendek dan sangat pendek (stunting) | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Klasifikasi indikator PB/U atau TB/U yang digunakan adalah berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.<br>a. Sangat pendek: Zscore < -3,0 SD<br>b. Pendek: Zscore ≥ -3,0 SD s/d Zscore < -2,0 SD | JAB(5 )P stunting : Jumlah anak balita pendek dan sangat pendek (stunting) pada waktu diukur<br>JAB(5) : Jumlah anak balita pada waktu diukur | | |
| IKP 3.1. Prevalensi wasting (Gizi Kurang dan Gizi Buruk) pada balita | Prevalensi balita yang berdasarkan hasil pemantauan pertumbuhan (berat badan dan panjang/tinggi badan) memiliki Z-score berat badan menurut panjang badan/tinggi badannya (BB/PB atau BB/TB) adalah < -2,0 SD. Indeks BB/PB atau BB/TB diperoleh dengan berdasarkan standar antropometri anak terbaru yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Panjang badan digunakan untuk anak berusia 0-2 tahun, sementara tinggi badan digunakan untuk anak usia 2-5 tahun | [(Jumlah balita dengan z-score BB/PB atau BB/TB < -2,0 SD)/jumlah balita yang diukur menjadi sampel survei] x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 3.1.1 Persentase balita dipantau pertumbuhan dan perkembangan | Persentase balita yang yang dipantau tumbuh kembang dengan kriteria:<br>a. Penimbangan berat badan sedikitnya 8 kali dalam satu tahun,<br>b. Pengukuran panjang badan atau tinggi badannya sedikitnya 2 kali dalam satu tahun<br>b. Pemantauan perkembangan sedikitnya 2 kali dalam satu tahun (dengan cek list | Jumlah balita berusia 12 bulan yang dipantau tumbuh kembang + jumlah balita berusia 24 bulan yang dipantau tumbuh kembang + jumlah balita berusia 36 bulan yang dipantau tumbuh kembang + jumlah balita berusia 48 bulan yang dipantau tumbuh kembang + jumlah balita berusia 60 bulan yang dipantau | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | buku KIA atau KPSP atau instrumen lainnya) | tumbuh kembang), dibagi Jumlah sasaran balita 12-59 bulan, dikali 100 | | |
| IKK 3.1.2 Persentase balita gizi buruk mendapat tata laksana | Persentase balita usia 0 - 59 bulan yang memiliki tanda klinis gizi buruk dan/atau Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) dengan nilai Z-score kurang dari -3 SD atau Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 11.5 cm pada balita usia 6 - 59 bulan yang dirawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sesuai dengan tata laksana gizi buruk | (Jumlah balita usia 0 sampai 59 bulan dengan Z score dengan berdasarkan berat badan menurut tinggi badan kurang dari -3 SD atau lingkar lengan atas kurang dari 11,5cm mendapatkan tatalaksana / Jumlah balita usia 0 sampai 59 bulan dengan gizi buruk) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKK 3.1.3 Persentase balita gizi kurang mendapat makanan tambahan | Persentase balita usia 6 sampai 59 bulan dengan masalah gizi (Berat Badan Tidak Naik, BB Kurang dan Gizi Kurang) yang mendapat makanan tambahan (asupan gizi selain makanan utama berbasis pangan lokal sesuai dengan standar) disertai edukasi di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu | Jumlah balita usia 6-59 bulan dengan masalah gizi (BB Tidak naik, BB kurang, Gizi kurang) yang mendapat makanan tambahan/Jumlah seluruh balita 6-59 bulan bermasalah gizi (BB Tidak naik, BB kurang, Gizi kurang)) × 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 3.2 Insiden stunting balita (kasus baru) | Persentase kasus stunting baru pada anak usia 0-59 bulan pada suatu wilayah dan kurun waktu tertentu | Jumlah kasus stunting baru pada anak usia 0-59 bulan / Jumlah anak usia 0-59 bulan yang diukur PB atau TB) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 3.2.1 Persentase bayi lahir prematur (<37 minggu) | Persentase bayi lahir prematur (< 37 minggu) | Jumlah bayi lahir < 37 minggu dibagi jumlah bayi lahir hidup yang diukur dalam sampel survei dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKP 3.3 Persentase bayi usia 6 bulan mendapat ASI eksklusif | Persentase bayi 6 bulan yang dari lahir sampai usia 5 bulan 29 hari hanya diberikan ASI saja tanpa diberikan makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral | Jumlah bayi usia 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif dibagi jumlah bayi 6 bulan yang ada dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 3.3.1 Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI eksklusif | Persentase bayi usia 0-5 bulan yang diberikan ASI saja tanpa diberikan makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin, dan mineral | Jumlah bayi usia 0-5 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif dalam 24 jam terakhir dibagi jumlah bayi 0-5 bulan yang di-recall dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 3.3.2 Persentase inisiasi menyusu Dini (IMD) | Presentase bayi baru lahir yang dilakukan kontak antara kulit ibu dengan kulit bayi di dada ibu sesegera mungkin (tidak boleh lebih dari lebih dari 1 jam dari kelahiran) dengan proses pelekatan minimal selama 1 (satu) jam setelah bayi dilahirkan di wilayah tersebut | Jumlah bayi baru lahir yang dilakukan kontak antara kulit ibu dengan kulit bayi di dada ibu sesegera mungkin (tidak boleh lebih dari lebih dari 1 jam dari kelahiran) dengan proses pelekatan minimal selama 1 (satu) jam setelah bayi dilahirkan di wilayah tersebut dibagi dengan jumlah bayi baru lahir di wilayah tersebut dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKP 3.4 Persentase Ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) | Persentase ibu hamil dengan indeks mass a tubuh (IMT) prahamil atau trimester I di b awah 18,5 kg/m2 dan/atau Lingkar Lengan Atas < 23,5 cm | jumlah ibu hamil yang teridentifikasi KEK dibagi jumlah ibu hamil yang diukur IMT atau LILA dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 3.4.1 Persentase Ibu hamil mengkonsumsi Suplementasi Gizi | Persentase ibu hamil yang mengkonsumsi suplementasi gizi dalam bentuk tablet tambah darah atau Multiple Micronutrient Supplementation (MMS) sesuai standar minimal 180 tablet di suatu wilayah pada kurun waktu yang sama | Jumlah ibu hamil yang mengkonsumsi suplementasi gizi sesuai standar minimal 180 tablet dibagi jumlah Ibu hamil) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKP 3.5 Persentase anak usia 6 - 23 bulan mendapat MPASI | Persentase anak usia 6-23 bulan yang mengkonsumsi makanan dan minuman setidaknya 5 dari 8 jenis kelompok makanan pada hari kemarin sebelum wawancara. Yang dimaksud 8 jenis | Jumlah anak usia 6-23 bulan mendapatkan MP ASI, dibagi anak usia 6-23 bulan yang diwawancara, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | kelompok makanan adalah ASI, makanan pokok, kacang-kacangan, produk susu hewani, daging dagingan , telur, buah dan sayuran kaya vitamin A, serta buah dan sayuran lainnya | | | |
| IKK 3.5.1 Persentase kab/kota melakukan pemantauan praktik MPASI pada 80% anak usia 6-23 bulan | Persentase kabupaten/kota yang melakukan pemantauan praktik MP-ASI sesuai standar pada minimal 80% sasaran anak usia 6-23 bulan dengan cara menanyakan seluruh makanan dan minuman, termasuk ASI, yang dikonsumsi oleh anak usia 6-23 bulan di hari kemarin dengan bantuan gambar daftar 8 kelompok bahan makanan dan mencatat pada instrumen daftar tilik sesuai kelompok bahan makanan yang dilakukan per triwulan atau empat (4) kali dalam setahun, yaitu bulan Maret, Juni, September, dan Desember. | Jumlah Kab/Kota yang melakukan pemantauan praktik MP-ASI pada 80% anak usia 6-23 bulan dibagi jumlah seluruh Kab/Kota dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| ISS 4 Persentase kabupaten/kota yang mencapai target kekebalan kelompok | Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi lengkap sesuai siklus hidup | Jumlah kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi bayi lengkap, antigen baru, baduta lengkap, dan anak usia sekolah dasar lengkap minimal 90% dibagi total jumlah kabupaten kota dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 4.1 Cakupan imunisasi bayi lengkap | Persentase bayi (0-11 bulan) yang mendapatkan imunisasi lengkap di suatu wilayah dan dalam kurun waktu tertentu. Imunisasi meliputi 1 dosis hepatitis B, 1 dosis BCG, 4 dosis polio tetes (bOPV), 1 dosis polio suntik (IPV), 3 dosis DPT-HB-Hib, serta 1 dosis campak rubella (MR) di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun | Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi lengkap di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu, dibagi target bayi (0-11 bulan) dalam waktu yang sama, dikali 100%<br><br>Sumber data : Data rutin program imunisasi | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 4.1.1 Kabupaten/kota yang mencapai target kinerja surveilans PD3I | Persentase kabupaten/kota yang mencapai target NP AFP rate >2 per 100.000 anak usia<15 tahun dan/atau *discarded rate* (bukan campak bukan rubella ) rate >2 per 100.000 populasi | Jumlah kabupaten/kota yang mencapai minimal salah satu target NP AFP rate ≥ 2 per 100.000 anak usia < 15 tahun atau *discarded rate* ≥ 2 per 100.000 populasi dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota dikali 100% | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| IKK 4.1.2 Cakupan imunisasi MR 1 pada bayi | Persentase bayi (0-11 bulan) yang mendapatkan imunisasi MR 1 di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu | Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi MR 1 di suatu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun dibagi dengan target bayi usia 0-11 bulan dikali 100% | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| IKP 4.2 Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target | Rata-rata persentase cakupan semua jenis vaksin imunisasi program di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu | Jumlah persentase cakupan imunisasi HB0, BCG , DPT-HB-Hib 1, PCV 1, bOPV 1, Rotavirus 1, IPV 1, MR 1, JE*, HPV 1 dibagi jumlah jenis vaksin** dikali 100%<br>*: imunisasi JE hanya untuk daerah yang sudah melakukan imunisasi JE | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **: pembagi 10 jenis vaksin bagi daerah yg melaksanakan imunisasi JE, dan 9 jenis vaksin bagi daerah yang belum melaksanakan imunisasi JE<br><br>Sumber data: Data rutin program imunisasi | | |
| IKK 4.2.1 Cakupan imunisasi antigen baru | Persentase bayi (0 – 11 bulan) yang mendapat 2 dosis imunisasi PCV atau 3 dosis imunisasi rotavirus | Jumlah bayi usia 0 – 11 bulan yang mendapat 2 dosis imunisasi PCV atau 3 dosis imunisasi RV di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun dibagi target bayi usia 0-11 bulan dikali 100%<br><br>Sumber data: Data rutin program imunisasi | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| IKK 4.2.2 Cakupan imunisasi HPV | Persentase anak perempuan usia kelas 5 Sekolah Dasar (SD)/ sederajat yang sudah mendapatkan imunisasi HPV | Jumlah anak perempuan usia sekolah kelas 5 Sekolah Dasar (SD)/sederajat mendapatkan imunisasi HPV di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun dibagi target anak perempuan usia sekolah kelas 5 SD/sederajat dikali 100 | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 4.2.3 Cakupan imunisasi lengkap pada baduta | Persentase anak usia 12 - 23 bulan yang sudah mendapatkan imunisasi baduta lengkap di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu | Jumlah anak usia 12 - 23 bulan yang sudah mendapatkan imunisasi baduta lengkap dibagi target anak usia 12 – 23 bulan dikali 100 | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| IKK 4.2.4 Cakupan Imunisasi di Usia Sekolah Dasar | Persentase anak usia sekolah kelas 5 Sekolah Dasar (SD) / sederajat yang sudah mendapat imunisasi usia sekolah dasar lengkap | Jumlah anak usia sekolah kelas 5 Sekolah Dasar (SD) / sederajat yang sudah mendapat imunisasi Td 2 dosis dibagi target anak usia sekolah kelas 5 SD/sederajat di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun) dikali 100 | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| IKK 4.2.5 Cakupan status imunisasi T2+ pada Wanita Usia Subur (WUS) | Persentase ibu hamil yg sudah memiliki status imunisasi T2+ di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun | Jumlah ibu hamil yang memiliki status imunisasi T2+ (berdasarkan hasil skrining maupun pemberian imunisasi selama masa kehamilan) dalam kurun waktu 1 tahun dibagi target ibu hamil selama kurun waktu yang sama dikali 100% | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Imunisasi |
| ISS 5. Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60) | Rata-rata jumlah tahun dalam kesehatan penuh yang dapat diharapkan seseorang untuk hidup pada usia 60 tahun, berdasarkan tingkat kesehatan dan kematian yang buruk saat ini | Harapan hidup pada usia 60 tahun - Tingkat tahun hilang karena kecacatan (YLD) karena semua penyebab | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 5.1 Persentase lanjut usia yang mandiri | Persentase lansia >= 60 tahun yang masih mampu melakukan aktivitas hidup sehari-hari tanpa bantuan sama sekali dari orang lain (mandiri : skor ADL 20) dan lansia yang mengalami gangguan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari hingga kadang perlu bantuan orang lain (skor ADL 12-19/ketergantungan ringan). | Jumlah lansia > = 60 tahun (skor ADL 20) ditambah jumlah lansia > 60 tahun dengan ketergantungan ringan (skor ADL 12-19) dibagi jumlah lansia yang diskrining dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 5.1.1 Persentase lanjut usia yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar | Proporsi lansia yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1x dalam 1 tahun, meliputi : edukasi perilaku hidup bersih dan sehat, pengukuran BB, TB, lingkar perut, LLA ; tekanan darah, gula darah, kadar kolesterol dalam darah, pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut, pemeriksaan skrining lansia sederhana (SKILAS), pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut, anamnesa perilaku berisiko (sesuai SPM) | Jumlah lansia yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar dibagi total lansia dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 5.1.2 Persentase puskesmas santun lansia | Puskesmas yang memberikan layanan santun lansia sesuai standar | Jumlah puskesmas yang memberikan layanan santun lansia sesuai standar di suatu wilayah dibagi jumlah puskesmas yang ada di wilayah tersebut dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| IKK 5.1.3 Persentase Lanjut usia dengan ketergantungan sedang, berat, dan total mendapatkan perawatan jangka Panjang (PJP) | Lansia lebih besar sama dengan 60 tahun yang tidak dapat melakukan aktivitas hidup sehari-hari sehingga membutuhkan bantuan orang lain (ketergantungan sedang, berat, total atau ADL=0-11) yang mendapatkan perawatan jangka panjang (PJP) | Jumlah lansia yang mendapatkan PJP dibagi jumlah lansia dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| IKP 5.2 Persentase pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan kerja | Jumlah pekerja (baik sektor formal dan informal) yang memperoleh pelayanan kesehatan kerja mencakup pemeriksaan kesehatan/medical check up dan faktor risiko kesehatan kerja | Jumlah pekerja yang memperoleh pelayanan kesehatan kerja, dibagi jumlah pekerja, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 5.2.1 Persentase fasyankes melaksanakan pelayanan kesehatan penyakit akibat kerja | Fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan dengan dokter atau dokter spesialis yang kompeten dalam tatalaksana Penyakit Akibat Kerja yang diperoleh melalui pendidikan formal atau pelatihan mengenai tata laksana penyakit akibat kerja sesuai standar dan melakukan pencatatan serta pelaporan penyakit akibat kerja. | Jumlah fasyankes yang memiliki dokter atau dokter spesialis yang kompeten dalam tatalaksana Penyakit Akibat Kerja dan melakukan pencatatan serta pelaporan penyakit akibat kerja, dibagi total fasyankes pemerintah dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| IKK 5.2.2 P ersentase tempat kerja formal melaksanakan kesehatan kerja | Proporsi perusahaan menengah atau besar, kantor pemerintahan, rumah sakit dan Puskesmas yang melaksanakan kesehatan kesja sesuai standar | Jumlah perusahaan menengah atau besar, kantor pemerintahan, rumah sakit dan Puskesmas yang melaksanakan kesehatan kesja sesuai standar dibagi seluruh perusahaan perusahaan menengah atau besar, kantor pemerintahan, rumah sakit dan Puskesmas dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 5.2.3 Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) yang terbentuk di tempat kerja informal | Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang terbentuk di tempat kerja informal | Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang terbentuk di tempat kerja informal | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| IKP 5.3 Kabupaten/Kota menyelenggarakan skrining PTM Prioritas | Kabupaten/kota yang menyelenggarakan semua skrining prioritas PTM, meliputi skrining hipertensi, obesitas, DM, kanker, talasemia, PPOK, gangguan indra, faktor risiko penyakit jantung, faktor risiko stroke, serta gigi dan mulut di wilayah kabupaten/kota | Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan semua skrining prioritas PTM, meliputi skrining hipertensi, obesitas, DM, kanker, talasemia, PPOK, gangguan indra, faktor risiko penyakit jantung, faktor risiko stroke, serta gigi dan mulut di wilayah kabupaten/kota<br><br>Sumber data : ASIK PTM | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 5.3.1 Persentase skrining obesitas pada populasi target | Persentase populasi > 18 tahun dilakukan pemeriksaan Indeks Massa Tubuh | Jumlah populasi > 18 tahun dilakukan pemeriksaan Indeks Massa Tubuh (IMT) dibagi populasi > 18 tahun dikali 100%<br><br>Sumber data : ASIK PTM | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 5.3.2 Persentase skrining Hipertensi pada populasi target | Populasi ≥15 tahun yang dilakukan pemeriksaan tekanan darah | Jumlah populasi ≥15 tahun yang dilakukan pemeriksaan tekanan darah dibagi jumlah populasi ≥15 tahun dikali 100%<br>Sumber data : ASIK PTM | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 5.3.3 Persentase skrining Tajam Penglihatan pada populasi target | Persentase penduduk kelompok sasaran usia ≥7 tahun yang mendapatkan skrining tajam penglihatan | Jumlah penduduk usia ≥7 tahun yang mendapatkan skrining tajam penglihatan dibagi dengan estimasi target skrining berdasarkan prevalensi kasus dikali 100%<br><br>Sumber data : ASIK PTM | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 5.3.4 Persentase skrining Tajam Pendengaran pada populasi target | Persentase penduduk kelompok sasaran usia ≥7 tahun yang mendapatkan skrining tajam pendengaran | Jumlah penduduk usia ≥7 tahun yang mendapatkan skrining tajam pendengaran dibagi dengan estimasi target skrining berdasarkan prevalensi kasus dikali 100%<br><br>Sumber data : ASIK PTM | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 5.3.5 Persentase skrining PPOK pada populasi target | Persentase skrining PPOK pada populasi berisiko usia ≥ 40 tahun | Jumlah penduduk usia ≥ 40 tahun mendapatkan skrining PPOK dibagi jumlah penduduk usia ≥ 40 tahun dikali 100%<br><br>Sumber data : ASIK PTM | Triwulanan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Penyakit Tidak Menular |
| IKK 5.3.6 Persentase skrining Gigi dan mulut pada populasi target | Persentase penduduk usia 6-12 tahun yang melaksanakan skrining gigi dan mulut | Jumlah penduduk usia 6-12 tahun yang melaksanakan skrining gigi dan mulut dibagi jumlah penduduk usia 6-12 tahun dikali 100%<br><br>Sumber data : ASIK PTM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 5.3.7 Persentase skrining Talasemia pada populasi target | Persentase siswa/i kelas 7 SMP/MTs/sederajat yang mendapatkan skrining pembawa sifat Talasemia pada 7 wilayah* dengan penyandang Talasemia tertinggi | Jumlah siswa/i kelas 7 SMP/MTs/sederajat yang mendapatkan skrining pembawa sifat Talasemia pada 7 wilayah dengan penyandang Talasemia tertinggi dibagi total siswa/i kelas 7 SMP/MTs/sederajat pada 7 wilayah dengan penyandang Talasemia tertinggi dikali 100%<br><br>Sumber data : ASIK PTM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 5.3.8 Persentase skrining SLE pada populasi target | Persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining SLE (*Systemic Lupus Erythematosis*) (Gangguan Imunologi) pada minimal 50% fasyankes di wilayahnya | Kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining SLE (Gangguan Imunologi) pada minimal 50% fasyankes di wilayahnya dibagi | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | total jumlah kabupaten/kota dikali 100%<br><br>Sumber data : ASIK PTM | | Penyakit Tidak Menular |
| **ISS 6 Prevalensi Depresi di umur ≥ 15 tahun** | **Perbandingan antara jumlah ART umur 15 tahun ke atas yang saat ini mengalami gangguan depresi dibagi jumlah seluruh ART berumur ≥ 15 tahun** | **Jumlah ART umur 15 tahun ke atas yang saat ini mengalami gangguan depresi (menurut MINI) dibagi jumlah seluruh ART berumur ≥ 15 tahun, dikali 100%** | **Triwulan** | **Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas** |
| IKP 6.1 Persentase depresi yang mendapatkan layanan | Persentase penduduk usia ≥ 15 tahun dengan depresi yang mendapat layanan sesuai standar yang tercantum dalam Panduan Praktik Klinis (konseling, tata laksana hingga rujukan) di puskesmas | P enduduk usia lebih dari sama dengan 15 tahun dengan depresi yang mendapat layanan sesuai standar / estimasi penderita depresi berdasarkan SKI 2023) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 6.1.1 Cakupan Skrining Kesehatan Jiwa | Persentase penduduk usia ≥7 tahun yang mendapatkan skrining kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, faskes swasta) atau di fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan (sekolah, tempat kerja,posyandu, rutan, panti, dll) di wilayah kerjanya dengan frekuensi sesuai dengan standar dan melaporkan ke Kementerian Kesehatan | Jumlah penduduk usia ≥ 7 tahun yang mendapatkan skrining kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, faskes swasta) atau di fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan (sekolah, tempat kerja,posyandu, rutan, panti, dll) di wilayah kerjanya dengan frekuensi sesuai dengan standar dan melaporkan ke Kementerian Kesehatan dibagi dengan total penduduk usia ≥ 7 tahun dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 6.1.2 Jumlah orang yang menjadi first aider Pertolongan Pertama pada Luka Psikologis (P3LP) | Jumlah orang yang telah mendapatkan orientasi/pelatihan P3LP dengan berbagai modalitas (daring/luring) dalam setahun | Jumlah orang yang telah mendapatkan orientasi/pelatihan P3LP dengan berbagai modalitas (daring/luring) dalam setahun | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| IKP 6.2 Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan | Persentase ODGJ berat (psikotik akut & skizofrenia) yang mendapatkan layanan sesuai standar yang tercantum dalam Panduan Praktik Klinis (konseling, tata laksana hingga rujukan) di puskesmas | Penduduk dengan psikotik akut & skizofrenia yang mendapat layanan sesuai standar / estimasi penderita psikotik akut & skizofrenia) X 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 6.2.1 Persentase Puskesmas yang mampu memberikan layanan kesehatan jiwa | Persentase puskesmas yang mampu memberikan layanan kesehatan jiwa dengan memiliki tenaga kesehatan serta dilengkapi sedikitnya dengan 5 jenis psikofarmaka (diazepam tablet, haloperidol tablet, risperidone tablet, triheksifenidil tablet, amitriptilin tablet) | Jumlah Puskesmas dengan tenaga kesehatan & dilengkapi sedikitnya dengan 5 jenis psikofarmaka dibagi total puskesmas dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| IKP 6.3 Persentase perempuan dan anak korban kekerasan | Persentase Perempuan dan anak korban kekerasan mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar | Jumlah perempuan dan anak korban kekerasan yang mengakses minimal salah satu pelayanan kesehatan, | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| mendapat pelayanan kesehatan | | dibagi jumlah perempuan dan anak korban kekerasan, dikali 100% | | Primer dan Komunitas |
| IKK 6.3.1 Persentase Puskesmas yang mampu melaksanakan tatalaksana Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak | Persentase Puskesmas yang telah mampu melaksanakan tatalaksana kekerasan terhadap perempuan dan anak sesuai standar<br>Unit Populasi: Puskesmas yang teregistrasi dan operasional sampai tahun 2028 | Jumlah Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan bagi korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA) sesuai standar dibagi dengan total puskesmas dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| IKP 6.4 Persentase orang dengan gangguan penggunaan NAPZA yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL | Persentase penyalahguna NAPZA (termasuk ketergantungan alkohol) yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis rawat jalan dan/ atau rawat inap di fasyankes IPWL yang dilaporkan melalui sistem elektronik pencatatan dan pelaporan rehabilitasi medis (SELARAS) | Pecandu NAPZA (termasuk ketergantungan alkohol) yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di fasyankes IPWL / estimasi pecandu NAPZA) X 100%<br><br>Sumber data: Data Rutin | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 6.4.1 Persentase Puskesmas yang mampu memberikan layanan rehabilitasi medis penyalahguna NAPZA | Persentase puskesmas yang mampu memberikan layanan rehabilitasi medis penyalahguna NAPZA yang ditetapkan sebagai Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) | Jumlah puskesmas pemberi layanan rehabilitasi medis NAPZA / Total Puskesmas) x 100%<br><br>Sumber data: data rutin keswa | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 6.4.2 Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki Rumah Sakit Umum dengan layanan | Persentase Kabupaten/ Kota yang memiliki sekurang-kurangnya 1 Rumah Sakit Umum dengan layanan rehabilitasi | Jumlah Kabupaten/ Kota memiliki RSU dengan layanan NAPZA / total RSU milik Pemerintah) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| rehabilitasi medis NAPZA | medis NAPZA yang ditetapkan sebagai Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) | Sumber data: Data PKR/ Tim Adhoc IPWL | | Primer dan Komunitas |
| IKP 6.5 Jumlah Kab/Kota tersertifikasi bebas pasung | Jumlah Kab/Kota dengan 100% kasus pasung diwilayahnya telah dibebaskan (termasuk di panti sosial & masyarakat) | Jumlah Kab/Kota yang telah membebaskan seluruh kasus pasung di Kab/Kota nya | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 6.5.1 Jumlah provinsi dengan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) provinsi aktif | Jumlah provinsi yang memiliki Tim Penggerak Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) aktif meliputi:<br>Menyelenggarakan koordinasi 2 kali dalam 1 tahun;<br>Melaporkan ke TPKJM Pusat; dan<br>Mengusulkan minimal 1 kabupaten/kota untuk dinilai sertifikasi eliminasi pasung | Jumlah provinsi yang memiliki TPKJM aktif meliputi:<br>Menyelenggarakan koordinasi 2 kali dalam 1 tahun;<br>Melaporkan ke TPKJM Pusat; dan<br>Mengusulkan minimal 1 kabupaten/kota untuk dinilai sertifikasi eliminasi pasung | Trriwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| ISS 7 Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular | Persentase kabupaten/kota dengan indeks SPM Hipertensi dan Diabetes Mellitus paling kurang 80 serta memiliki peraturan KTR | Kabupaten/kota dengan indeks SPM Hipertensi dan Diabetes Mellitus paling kurang 80 serta memiliki peraturan KTR dibagi jumlah total kabupaten/kota dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKP 7.1 Persentase Hipertensi dalam Pengendalian | Persentase individu terdaftar untuk tata laksana hipertensi di fasilitas kesehatan dengan tekanan darah terkontrol < 140/90 mmHg pada kunjungan klinis terakhir (tidak termasuk yang baru didiagnosis | Jumlah individu terdaftar untuk tata laksana hipertensi di fasilitas kesehatan dengan tekanan darah terkontrol < 140/90 mmHg pada kunjungan klinis terakhir (tidak termasuk yang baru didiagnosis | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | dengan masa pengobatan kurang dari 3 bulan pada periode pelaporan) | dengan masa pengobatan kurang dari 3 bulan pada periode pelaporan) dibagi dengan jumlah individu yang ditatalaksana hipertensi yang dilakukan pemeriksaan tekanan darah<br><br>Sumber data: ASIK PTM | | |
| IKK 7.1.1 Cakupan skrining faktor risiko penyakit jantung dengan pemeriksaan EKG dan skrining penyakit ginjal kronis | Persentase penderita hipertensi dan/atau Diabetes Mellitus usia ≥ 40 tahun yang mendapatkan skrining penyakit jantung melalui pemeriksaan EKG dan skrining penyakit ginjal kronis | Jumlah penderita hipertensi dan/atau Diabetes Mellitus usia ≥ 40 tahun yang mendapatkan skrining penyakit jantung melalui pemeriksaan EKG dan skrining penyakit ginjal dibagi jumlah penderita hipertensi dan/atau Diabetes Mellitus usia ≥ 40 tahun dikali 100%<br><br>Sumber data: ASIK PTM | Trriwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 7.1.2 Persentase penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | Penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar meliputi:<br>1) Pemeriksaan dan monitoring tekanan darah<br>2) Edukasi untuk perubahan gaya hidup (diet seimbang, istirahat yang cukup, aktivitas fisik, dan kelola stress)<br>3) Pengelolaan farmakologis<br><br>Pelayanan kesehatan berstandar ini | Jumlah penderita hipertensi yang mendapat pelayanan sesuai standar, dibagi total penderita hipertensi dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Trriwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | dilakukan untuk mempertahankan tekanan darah pada <140/90 mmHg dan untuk mencegah terjadinya komplikasi jantung, stroke, diabetes melitus dan penyakit ginjal kronis. | | | |
| IKP 7.2 Persentase Diabetes dalam Pengendalian | Persentase individu dengan diabetes dengan kontrol glikemik terkendali berdasarkan target global HbA1C < 7% atau gula darah preprandial kapiler 80-130 mg/dl atau gula darah 2 PP kapiler < 180 mg/dl pada kunjungan klinis terakhir. | Jumlah individu dengan diabetes dengan kontrol glikemik terkendali berdasarkan target global HbA1C < 7% atau gula darah preprandial kapiler 80-130 mg/dl atau gula darah 2 PP kapiler < 180 mg/dl pada kunjungan klinis terakhir dibagi dengan jumlah individu yang dilakukan pemeriksaan gula darah dikali 100%<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | Trriwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 7.2.1 Jumlah kab/kota yang melakukan skrining DM > 60% | Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan deteksi dini DM meliputi pengukuran BB, TB, GDS, IMT dan lingkar perut, paling kurang 60% populasi usia ≥ 15 tahun di UKBM dan FKTP. | Akumulasi jumlah Kab/Kota yang melakukan deteksi dini DM.<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | Trriwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 7.3 Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim | Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher rahim:<br>1. cakupan imunisasi HPV 90%<br>2. skrining HPV dengan kenaikan 15% dibandingkan tahun sebelumnya<br>3. pengobatan lesi pra kanker 90%. | Akumulasi jumlah Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher rahim:<br>1. cakupan imunisasi HPV 90%<br>2. skrining HPV dengan kenaikan 15% dibandingkan tahun sebelumnya<br>3. pengobatan lesi pra kanker 90%.<br><br>Sumber data: Data program | Trriwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 7.3.1 Persentase perempuan dengan lesi pra kanker leher rahim yang mendapatkan pengobatan sesuai dengan protokol | Jumlah perempuan dengan lesi pra kanker leher rahim berdasarkan hasil skrining, mendapatkan tatalaksana sesuai protokol dibagi dengan jumlah perempuan yang ditemukan dengan lesi pra kanker leher rahim | Jumlah perempuan dengan lesi pra kanker leher rahim berdasarkan hasil skrining, mendapatkan tatalaksana sesuai protokol dibagi dengan jumlah perempuan yang ditemukan dengan lesi pra kanker leher rahim dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Trriwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 7.3.2 Persentase perempuan dengan DNA HPV positif yang dilakukan tindak lanjut dengan IVA/Kolposkopi/PAPs sesuai protokol | Persentase perempuan usia 30-69 tahun dengan hasil pemeriksaan DNA HPV positif yang dilakukan tindak lanjut dengan IVA/Kolposkopi /PAPs sesuai protocol | Jumlah perempuan usia 30-69 tahun dengan hasil pemeriksaan DNA HPV positif yang dilakukan tindak lanjut dengan IVA/Kolposkopi /PAPs sesuai protokol dibagi dengan pembaginya adalah jumlah perempuan usia 30-69 tahun yang terdeteksi DNA HPV positif<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | Trriwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 7.4 Jumlah kabupaten/kota yang melakukan penanggulangan kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara) | Jumlah kabupaten/kota yang melakukan skrining kanker payudara, kanker paru, dan kanker kolorektal dengan capaian dengan kenaikan minimal 5% dibandingkan tahun sebelumnya pada masing-masing jenis skrining | Akumulasi jumlah kabupaten/kota yang melakukan skrining kanker payudara, kanker paru, dan kanker kolorektal dengan capaian dengan kenaikan 5% dibandingkan tahun sebelumnya pada masing-masing jenis skrining<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 7.4.1 Persentase Skrining Kanker Payudara pada populasi target | Persentase perempuan usia 30 – 69 tahun yang mendapatkan skrining Kanker Payudara setiap 3 tahun sekali | Jumlah perempuan usia 30 – 69 tahun yang mendapatkan skrining Kanker Payudara dibagi jumlah seluruh Perempuan usia 30 – 69 tahun dikali 100%<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 7.4.2 Persentase Skrining Kanker Paru pada populasi target | Persentase populasi usia 45 – 70 tahun berisiko yang mendapatkan skrining Kanker Paru | Jumlah populasi usia 45 – 70 tahun berisiko yang mendapatkan skrining Kanker Paru dibagi jumlah seluruh populasi usia 45 – 70 tahun berisiko kanker paru dikali 100%<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 7.4.3 Persentase Skrining Kanker Kolorektal pada populasi target | Persentase populasi usia 50 tahun atau lebih yang berisiko mendapatkan skrining Kanker Kolorektal | Jumlah populasi usia 50 tahun atau lebih yang berisiko mendapatkan skrining Kanker Kolorektal dibagi jumlah seluruh populasi usia 50 tahun atau lebih berisiko kanker kolorektal dikali 100%<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 7.4.4 Kabupaten/Kota yang Puskesmasnya melakukan Pelayanan Terpadu (PANDU PTM) pada minimal 80% kunjungan puskesmas | Kabupaten/kota yang minimal 50% puskesmasnya melaksanakan pelayanan terpadu PTM pada minimal 80% kunjungan puskesmas sesuai sasaran program PTM | Jumlah kabupaten/kota yang minimal 50% puskesmasnya melaksanakan pelayanan terpadu PTM pada minimal 80% kunjungan puskesmas sesuai sasaran program PTM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKP 7.5 Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun | Persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun adalah perbandingan antara jumlah penduduk umur 10-21 tahun yang merokok dengan jumlah penduduk umur 10-21 tahun.<br>Definisi merokok adalah merokok tembakau maupun cerutu baik tiap hari maupun kadang-kadang | Jumlah penduduk umur 10-21 tahun yang merokok dibagi jumlah semua penduduk umur 10-21 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).<br><br>PM 10-21 = (JP10-21 M/ JP 10-21) x 100%<br><br>PM 10-21 : Persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun<br>JP 10-21 M : Jumlah penduduk umur 10-21 tahun yang merokok pada waktu tertentu | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | JP 10-21 : Jumlah penduduk umur 10-21 tahun pada periode waktu yang sama<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | | |
| IKK 7.5.1 Jumlah Kabupaten/Kota yang menerapkan KTR | Kab/kota yang memiliki kebijakan kawasan tanpa rokok (KTR) yaitu memiliki<br>1. Perda<br>2. satgas, dan<br>3. melakukan monitoring melalui pelaporan pada *dashboard* Kemkes | Total kabupaten/kota yang memiliki kebijakan kawasan tanpa rokok (KTR), memiliki perda dan satgas, dan melakukan monitoring melalui pelaporan pada dashboard Kemkes<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 7.5.2 Jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan pelayanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) | Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan skrining dan konseling upaya berhenti merokok di minimal 50% Puskesmas | Jumlah kumulatif kab/kota yang menyelenggarakan skrining dan konseling di minimal 50% puskesmas<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 7.5.3 Persentase puskesmas yang memberikan layanan farmakoterapi untuk UBM | Proporsi puskesmas dengan pelayanan UBM yang memberikan layanan farmakoterapi (pemberian obat dalam rangka berhenti merokok) | Jumlah puskesmas yg memberikan layanan farmakoterapi dibagi total puskesmas yang memiliki layanan UBM, dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 7.6 Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan | Cakupan pangan olahan dan atau pangan siap saji yang kandungan GGLnya sesuai batas maksimum yang ditetapkan | Jumlah pangan olahan dan atau pangan siap saji yang kandungan GGLnya sesuai batas maksimum yang ditetapkan dibagi total jumlah pangan olahan dan atau pangan siap saji dikali 100%<br><br>Sumber data: Badan POM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 7.6.1 Kabupaten/kota yang melakukan pengendalian konsumsi gula garam lemak | Kabupaten/kota yang mengeluarkan regulasi wajib baik dalam bentuk peraturan maupun ketentuan pemerintah lainnya yang mengatur iklan dan atau pelabelan dan atau reformulasi Gula Garam Lemak (GGL) pada pangan olahan dan atau pangan siap saji | jumlah kabupaten/kota yang mengeluarkan regulasi wajib baik dalam bentuk peraturan maupun ketentuan pemerintah lainnya yang mengatur iklan dan atau pelabelan dan atau reformulasi Gula Garam Lemak (GGL) pada pangan olahan dan atau pangan siap saji<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKP 7.7 Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan Skrining kolesterol (risiko stroke) pada 80% Puskesmas | Kabupaten/kota yang minimal 80% Puskesmasnya melaksanakan skrining kolesterol (risiko stroke) | Jumlah kabupaten/kota yang 80% Puskesmas di wilayah kerjanya melaksanakan skrining profil lipid<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 7.7.1 Persentase skrining kolesterol (risiko stroke) pada populasi target | Persentase penyandang Diabetes Melitus dan atau Hipertensi usia 40 tahun ke atas yang mendapatkan skrining profil lipid | Jumlah penyandang Diabetes Melitus dan atau Hipertensi usia 40 tahun ke atas yang mendapatkan skrining profil lipid dibagi jumlah penyandang Diabetes Melitus dan atau Hipertensi usia 40 tahun ke atas dikali 100%<br><br>Sumber Data: ASIK PTM | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKP 7.8 Persentase jemaah haji yang dilakukan kegiatan surveilans Kesehatan | Jumlah Jemaah haji T+1 yang dilakukan kegiatan surveilans Kesehatan | Jumlah Jemaah haji estimasi berangkat T+1 yang dilakukan kegiatan surveilans Kesehatan dibagi jumlah Jemaah haji T+1 dikali 100 | Triwulan | Sekretariat Jenderal |
| IKK 7.8.1 Persentase jemaah haji risiko tinggi estimasi berangkat T+1 yang mendapatkan pembinaan kesehatan haji | Jemaah haji risiko tinggi dengan kriteria:<br>a. Berusia 60 tahun atau lebih; dan atau;<br>b. Memiliki faktor risiko kesehatan dan gangguan kesehatan yang potensial menyebabkan keterbatasan dalam melaksanakan ibadah haji.<br>T+1 adalah jemaah haji yang akan berangkat 1 tahun setelah tahun dilakukannya pembinaan Kesehatan di masa tunggu.<br>Pembinaan kesehatan haji adalah upaya kesehatan dalam bentuk promotive dan preventif (permenkes 62 tahun 2016 pasal 1 point 3)<br>Masa tunggu adalah sejak Jemaah haji mendaftar sampai dengan memenuhi | Jemaah haji risiko tinggi estimasi berangkat T+1 yang mendapatkan pembinaan kesehatan dibagi dengan jumlah jemaah haji risiko tinggi estimasi berangkat T+1 dikali 100%. | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Kesehatan Haji |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | kriteria pelunasan Biaya Perjalanan Ibadah Haji (Bipih) | | | |
| IKK 7.8.2 Indeks Kepuasan Jemaah Haji terhadap Layanan Kesehatan di Arab Saudi | Tingkat kepuasan jemaah haji yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat jemaah haji dalam memperoleh layanan kesehatan haji di Kantor Kesehatan Haji Indonesia (KKHI), Kloter dari petugas Kesehatan haji Indonesia dengan membandingkan antara harapan dan kenyataan pada operasional kesehatan haji di Arab Saudi | Pengukuran melalui survei dengan nilai IKM kategori Baik sesuai dengan Permenpan Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik | Tahunan | Sekretariat Jenderal - Pusat Kesehatan Haji |
| ISS 8 Angka Populasi Bebas Penyakit Menular | Persentase kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria, cakupan ODHIV ditemukan dan mulai pengobatan ARV minimal 90%, serta angka keberhasilan pengobatan TBC > 90% | Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dan cakupan ODHIV ditemukan dan mulai pengobatan ARV minimal 90%, serta angka keberhasilan pengobatan TBC | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | > 90% dibagi jumlah kabupaten/kota dikali 100 | | |
| IKP 8.1 Insidensi Tuberkulosis (per 100.000 Penduduk) | Jumlah kasus TBC (termasuk kasus TBC pada orang yang hidup dengan TBC) yang muncul selama periode waktu tertentu per 100.000 penduduk | Insidensi TBC = (Jumlah semua kasus TBC pada waktu tertentu dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang sama) dikali 100.000<br><br>Sumber data: WHO Global Report, Survei Nasional Prevalensi TB, Study Inventory | Tahunan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 8.1.1 Angka keberhasilan pengobatan TBC (TB Succes Rate) | Jumlah semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan dalam satu tahun. | Jumlah semua kasus TBC diobati yang memiliki hasil akhir pengobatan sembuh dan pengobatan lengkap diantara jumlah semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKK 8.1.2 Cakupan penemuan kasus TBC (Notifikasi kasus TBC) | Jumlah semua kasus terkonfirmasi TBC yang ditemukan yang dilaporkan diantara perkiraan jumlah semua kasus TBC (estimasi insiden) | Jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan dan dilaporkan dibagi jumlah perkiraan kasus tuberkulosis | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 8.1.3 Cakupan Pemberian Terapi Pencegahan pada Orang Kontak Serumah | Jumlah kontak serumah yang diberikan terapi pencegahan TBC (TPT) dan yang dilaporkan diantara perkiraan jumlah total kontak serumah yang memenuhi syarat (*eligible*) diberikan TPT | Jumlah kontak serumah yang diberikan terapi pencegahan TBC (TPT) yang dilaporkan diantara Perkiraan jumlah total kontak serumah yang memenuhi syarat (*eligible*) diberikan TPT. | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKK 8.1.4 Persentase Pasien TBC yang memulai Pengobatan (*Enrollment* TBC) | Jumlah semua kasus TBC yang memulai pengobatan diantara jumlah kasus TBC ditemukan yang dilaporkan | Jumlah semua kasus TBC yang memulai pengobatan diantara jumlah kasus TBC ditemukan yang dilaporkan | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKP 8.2 Insidensi HIV | Jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada popoulasi selama periode waktu tertentu per 1000 populasi tidak terinfeksi | Insidensi HIV = (Jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi dibagi jumlah penduduk yang belum terkena infeksi HIV dalam kurun waktu tertentu) dikali 1.000 menggunakan modelling matematis AEM dan spectrum<br><br>Sumber data: Data rutin program, AIDS Epidemic Modeling, WHO | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 8.2.1 ODHIV baru yang ditemukan yang mendapat pengobatan ART | Persentase ODHIV yang baru ditemukan masuk dalam layanan tes dan pengobatan pengobatan *Antiretroviral Therapy* dalam kurun waktu 1 tahun | Jumlah orang dengan HIV yang baru ditemukan masuk dalam layanan tes dan pengobatan yang memulai terapi Antiretro virus (ART) dibagi jumlah orang dengan HIV yang baru ditemukan masuk dalam layanan tes dan pengobatan dalam kurun waktu tertentu di kali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKP 8.3 Kabupaten/Kota dengan eliminasi malaria | Eliminasi malaria adalah suatu upaya untuk menghentikan penularan malaria setempat dalam satu wilayah geografis tertentu, dan bukan berarti tidak ada kasus malaria impor serta sudah tidak ada vector malaria di wilayah tersebut, sehingga tetap dibutuhkan kegiatan kewaspadaan untuk mencegah penularan kembali. Eliminasi malaria di Indonesia dilakukan secara bertahap, mulai dari tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional. | Jumlah absolut kumulatif kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria sampai akhir tahun<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 8.3.1 Jumlah Kabupaten/Kota mencapai *Positivity Rate* (PR) Malaria <5% | Presentase jumlah kasus malaria yang terkonfirmasi dibandingkan dengan jumlah total pemeriksaan baik positif dan negatif. Capaian indikator *Positivity Rate* (PR) malaria merupakan salah indikator utama persyaratan eliminasi malaria, selain tidak ada kasus indigenous selama 3 tahun | Akumulasi jumlah kab/kota yang mencapai *Positivity Rate* (PR) Malaria < 5% dalam kurun waktu satu tahun.<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | berturut-turut dan *Annual Parasite Incidence* (API) < 1 per 1000 penduduk | | | |
| IKP 8.4 Kabupaten/kota dengan eliminasi NTD | Kabupaten/kota eradikasi Frambusia dan/atau eliminasi Filariasis | Jumlah kabupaten/kota yang telah dinyatakan lulus assessment eradikasi frambusia dan/atau jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang telah lulus survey penilaian penularan tahap akhir dan mendapatkan sertifikat eliminasi filariasis<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 8.4.1 Jumlah Kabupaten/Kota Eliminasi Filariasis | Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang telah lulus survei penilaian penularan tahap akhir dan berhak mendapat sertifikat eliminasi | Akumulasi jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang telah lulus survei penilaian penularan tahap akhir dan berhak mendapatkan sertifikat eliminasi<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKP 8.5 Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi | Jumlah kumulatif desa endemis schistosomiasis yang memiliki proporsi infeksi schistosomiasis dengan intensitas berat pada manusia < 1% | Akumulasi jumlah desa endemis yang berdasarkan hasil survei prevalensi schistosomiasis pada | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | manusia, menunjukkan intensitas infeksi berat <1%.<br>Rumus: Jumlah penduduk dengan tinja positif pada desa endemis dibagi jumlah penduduk diperiksa pada desa endemis dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | | |
| IKK 8.5.1 Cakupan Pemberian Obat Pencegahan Masal (POPM) untuk schistosomiasis | Cakupan pemberian obat pencegahan massal untuk schistosomiasis merujuk pada persentase individu yang minum obat pencegahan secara massal dalam upaya untuk mengendalikan penyebaran penyakit schistosomiasis di suatu populasi atau wilayah tertentu | Jumlah cakupan pemberian obat pencegahan massal untuk schistosomiasis merujuk pada persentase individu yang minum obat pencegahan secara massal dalam upaya untuk mengendalikan penyebaran penyakit schistosomiasis di suatu populasi atau wilayah tertentu dibagi jumlah penduduk di wilayah tertentu dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKP 8.6 Kabupaten/Kota dengan eliminasi kusta | Kab/kota yang telah mencapai eliminasi kusta yaitu tidak ada kasus baru kusta anak selama 5 tahun dan tidak ada kasus kusta sama sekali pada dewasa selama 3 tahun. | Jumlah kumulatif kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi kusta yaitu tidak ada kasus kusta anak selama 5 tahun, tidak ada kasus kusta sama sekali pada dewasa selama 3 tahun | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 8.6.1 Proporsi kasus kusta baru tanpa disabilitas | Persentase Penderita Kusta baru tanpa disabilitas (disabilitas tingkat 0) di antara total Penderita Kusta baru yang ditemukan di suatu wilayah dalam periode waktu yang sama | Jumlah kasus kusta baru tanpa disabilitas (disabilitas tingkat 0) dibagi dengan jumlah kasus kusta baru yang ditemukan dalam periode yang sama dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKK 8.6.2 Proporsi kasus kusta anak di antara kasus baru | Proporsi kasus kusta baru anak (<15 tahun) yang ditemukan pada periode 1 tahun | Jumlah kasus kusta baru pada anak usia < 15 tahun dibagi jumlah kasus baru kusta yang ditemukan pada periode yang sama dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKK 8.6.3 Persentase penderita kusta menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu | Jumlah penderita baru kusta kering (PB:Pausi Basiler/kuman sedikit) atau kusta basah (MB: MultiBasiler/kuman banyak) dari periode kohort 1 (satu) tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (PB menyelesaikan 6 dosis dalam waktu 6-9 bulan/MB menyelesaikan 12 dosis dalam waktu 12-18 bulan)<br><br>Penyelesaian Pengobatan Kusta Tepat Waktu disebut juga Relapse From Treatment (RFT). RFT dapat dinyatakan setelah dosis dipenuhi tanpa diperlukan pemeriksaan laboratorium. | Jumlah penderita kusta baru yang telah RFT rate (PB menyelesaikan pengobatan 6 dosis dalam waktu 6-9 bulan dan MB menyelesaikan pengobatan 12 dosis dalam waktu 12-18 bulan) dibagi seluruh penderita baru pada periode kohort tahun yang sama di kali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 8.7 Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies | Kabupaten/Kota yang tidak ada kematian akibat Rabies pada manusia atau spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir | Akumulasi jumlah kabupaten/kota yang tidak ada kematian akibat Rabies pada manusia atau spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir, dihitung secara kumulatif setiap tahun<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 8.7.1 Jumlah kabupaten/kota endemis yang melaksanakan upaya preventif promotif rabies | Jumlah kab/kota yang mampu menekan kasus positif rabies pada hewan | Akumulasi jumlah Kab/Kota yang mampu menekan kasus positif rabies pada hewan<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| IKP 8.8 Penurunan Angka Kematian Dengue | Persentase kematian akibat Dengue dalam satu kurun waktu tertentu | Jumlah kematian akibat Dengue dibagi jumlah total kasus Dengue dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 8.8.1 Kabupaten/kota yang melaksanakan pencegahan dengue | Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini Dengue | Kabupaten/kota yang seluruh puskesmasnya melaksanakan penemuan kasus dan PSN 3M+ dibagi seluruh kab/kota dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 8.9 Insidensi Hepatitis B | Jumlah infeksi baru Hepatitis B yang terjadi pada populasi berisiko terinfeksi selama periode waktu tertentu per 100.000 populasi | Jumlah infeksi baru Hepatitis B yang terjadi pada periode waktu tertentu dibagi jumlah penduduk yang berisiko terinfeksi Hepatitis B dalam kurun waktu tertentu dikali 100.000<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 8.9.1 Kabupaten/kota yang telah melakukan pencegahan hepatitis virus | Kabupaten/kota yang 50% puskesmasnya melakukan pencegahan penularan hepatitis virus dengan pemberian antivirus pada ibu hamil hepatitis B dan/atau pengobatan DAA (direct acting antiviral) pada orang dengan hepatitis C | Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan penularan hepatitis virus<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| **ISS 9 Cakupan penerima pemeriksaan kesehatan gratis** | **Proporsi jumlah penerima pemeriksaan gratis pada semua kelompok usia terhadap jumlah penduduk.** | **Jumlah penerima pemeriksaan Kesehatan gratis pada semua kelompok usia dibagi total penduduk, dikalikan 100%.** | **Triwulan** | **Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas** |
| IKP 9.1 Persentase kab/kota dengan cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis >80% | Proporsi kabupaten/kota yang melakukan pemeriksaan kesehatan gratis pada >80% populasi target | Jumlah kabupaten/kota dengan capaian pelaksanaan pemeriksaan kesehatan gratis pada >80% populasi target, dibagi total kabupaten/kota, lalu dikalikan 100%. | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 9.1.1 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia bayi baru lahir | Proporsi jumlah penerima pemeriksaan gratis minimal 2 jenis skrining untuk kelompok usia bayi baru lahir terhadap total penduduk kelompok bayi baru lahir<br>Skrining pada kelompok usia bayi baru lahir adalah pengukuran berat badan, pjbk, dan pengambilan sampel darah tumit shk, cah, g6pd dan pemeriksaan sampel darah tumit shk/cah/g6pd | Jumlah penerima paket pemeriksaan kesehatan gratis minimal 2 jenis skrining untuk per kelompok bayi baru lahir, dibagi total penduduk kelompok bayi baru lahir lalu dikalikan 100%. | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKK 9.1.2 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia balita dan anak usia pra sekolah | Proporsi jumlah penerima pemeriksaan gratis minimal skrining pertumbuhan tes daya dengar dan tes daya lihat untuk kelompok usia balita dan anak usia pra sekolah terhadap total penduduk kelompok usia balita dan anak usia pra sekolah<br><br>Skrining pada kelompok usia balita dan anak usia pra sekolah adalah Skrining Pertumbuhan, Perkembangan, Mata, Telinga, Gigi, dan Tuberkulosis, serta Skrining Hepatitis B, C dan Sirosis untuk kelompok risiko | Jumlah penerima paket pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia balita dan anak usia prasekolah , dibagi total penduduk kelompok usia balita dan anak usia pra sekolah lalu dikalikan 100%. | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 9.1.3 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia sekolah dan remaja | Proporsi jumlah penerima pemeriksaan gratis kelompok usia sekolah dan remaja usia 7 sampai <18 tahun di satuan pendidikan terhadap total kelompok usia sekolah dan remaja usia 7 sampai <18 tahun di satuan pendidikan<br><br>Catatan (masih dalam pembahasan):<br>Skrining pada kelompok usia sekolah dan remaja adalah Skrining Telinga, Mata, Gigi, Jiwa, Gizi, Tekanan Darah, Tuberkulosis, Kebugaran, Merokok, Anemia Remaja Putri, Thalasemia, Diabetes Melitus (pada ≥ 15 tahun) , serta Skrining Hepatitis B,C dan Sirosis untuk kelompok risiko | Jumlah penerima paket pemeriksaan kesehatan gratis per kelompok usia sekolah dan remaja usia 7 sampai <18 tahun di satuan pendidikan, dibagi total penduduk kelompok usia sekolah dan remaja usia 7 sampai <18 tahun di satuan pendidikan lalu dikalikan 100%. | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| IKK 9.1.4 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia dewasa | Proporsi jumlah penerima pemeriksaan gratis minimal skrining DM dan hipertensi pada kelompok usia dewasa usia 15-59 tahun terhadap total kelompok usia dewasa usia 15-59 tahun | Jumlah penerima paket pemeriksaan kesehatan gratis minimal skrining DM dan hipertensi pada kelompok usia dewasa usia 15-59 tahun, dibagi total penduduk kelompok usia dewasa usia 15-59 tahun lalu dikalikan 100. | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 9.1.5 Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok lanjut usia | Proporsi jumlah penerima pemeriksaan kesehatan gratis utk skrining prioritas kelompok lanjut usia >=60 tahun terhadap total populasi kelompok lanjut usia >=60 tahun pada tahun berjalan.<br>Skrining pada kelompok lanjut usia adalah | Jumlah penerima paket pemeriksaan kesehatan gratis untuk skrining prioritas kelompok lanjut usia >=60 tahun , dibagi total populasi kelompok lanjut usia >=60 tahun lalu dikalikan 100%. | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Skrining Telinga, Mata, Gigi, Jiwa, Gizi, Tekanan Darah, Diabetes Melitus Tuberkulosis, Kebugaran, Merokok, Stroke, Jantung dan Ginjal (untuk penderita HT dan DM), Kanker Leher Rahim dan Payudara (untuk wanita), Kanker Paru, Kanker Usus Besar, PPOK, Osteoporosis, dan Geriatri serta Skrining Hepatitis B,C dan Sirosis untuk kelompok risiko | | | Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| **ISS 10 Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan** | **Persentase penduduk yang memiliki skor pemahaman tentang kesehatan (sejauh mana individu dapat menemukan, memahami, dan menggunakan informasi dan layanan untuk dijadikan dasar pengambilan keputusan terkait kesehatan)**<br><br>**masyarakat yang melek kesehatan --> skor literasi yang cukup dan sangat baik**<br><br>**menggunakan 16 instrumen (HLS,...) dengan skala likert, hasil skor (0-50):**<br>**- tidak memahami : 0-25**<br>**- bermasalah: 25,1-33**<br>**- cukup: 33,1-42**<br>**- sangat baik: >42,1** | **Jumlah penduduk dengan skor cukup dan sangat baik, dibagi total responden, dikali 100%** | **Tahunan** | **Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 10.1 Persentase Penduduk yang Menerapkan Perilaku Hidup Sehat | Penduduk yg menerapkan perilaku hidup sehat meliputi: aktivitas fisik, cuci tangan, konsumsi buah sayur, tidak merokok, cek TD dan gula darah minimal 1 x dalam satu tahun | Jumlah masyarakat yang menerapkan hidup sehat, dibagi populasi survei, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 10.1.1 Persentase Sekolah yang Memenuhi Stratifikasi Standar Sekolah Sehat | Persentase sekolah yang memenuhi kriteria standar minimal stratifikasi sekolah sehat melalui pelaksanaan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat dalam 1 tahun terakhir. | Jumlah sekolah yang memenuhi standar minimal stratifikasi sekolah sehat melalui pendidikan kesehatan, layanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah sehat dalam kurun waktu satu tahun, dibagi jumlah seluruh sekolah, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| IKK 10.1.2 Persentase kampus sehat | Persentase Perguruan Tinggi yang melaksanakan kampus sehat melalui penetapan kebijakan kampus sehat, melaksanakan edukasi kesehatan secara berkala dan skrining kesehatan dalam kurun waktu 1 tahun terakhir | (Jumlah perguruan tinggi yang mengembangkan kampus sehat dibagi dengan jumlah perguruan tinggi yang ada di Indonesia dalam kurun waktu 1 tahun) * 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 10.1.3 Persentase Kab/Kota dengan minimal 75% Posyandu Siklus Hidup yang Aktif | Persentase Kab/Kota yang minimal 75% Posyandu siklus hidup di wilayahnya telah memiliki status aktif berdasarkan 3 kriteria yaitu<br>- posyandu yang melakukan kegiatan hari buka minimal 8 kali dalam setahun dalam bulan berbeda;<br>- memberikan pelayanan kesehatan minimal untuk ibu hamil, balita, remaja, dewasa, dan lansia<br>- memiliki minimal 5 orang kader | Persentase Kab/Kota yang telah memiliki capaian 100% Posyandu memenuhi kriteria aktif di dalam Kab/Kota tersebut dibagi total jumlah Kab/Kota, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| IKK 10.1.4 Persentase kader posyandu strata madya | Persentase Kader Posyandu telah mengikuti peningkatan ketrampilan dasar kader dan telah lulus penilaian minimal 4 dari 5 kelompok keterampilan (pengelolaan posyandu, layanan ibu, balita, usia sekolah remaja, dewasa dan lansia). | (Jumlah kader Posyandu telah mengikuti keterampilan dasar dan lulus minimal 4 kelompok keterampilan dibagi jumlah seluruh kader posyandu) * 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| IKK 10.1.5 Persentase Kab/Kota yang melakukan kampanye kesehatan (Pembudayaan Germas) | Persentase kabupaten/kota melaksanakan kampanye/gerakan perilaku hidup sehat minimal 8 kali per tahun dengan melibatkan lintas sektor/swasta/dunia usaha/ormas/UKBM/mitra potensial | Kab/Kota yang sudah melakukan kampanye kesehatan (Pembudayaan Germas) dibagi seluruh kab/kota yang ada * 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Kesehatan Komunitas |
| ISS 11 Proporsi penduduk dengan aktivitas fisik cukup | Jumlah penduduk yang melakukan aktivitas fisik yang dianjurkan (>150 menit) selama jangka waktu tertentu (1 minggu) terhadap penduduk berusia >10 tahun pada jangka waktu yang sama dalam suatu wilayah dibagi jumlah penduduk >10 tahun dikali 100% | Jumlah penduduk yang melakukan aktivitas fisik yang dianjurkan (>150 menit) selama jangka waktu tertentu (1 minggu) terhadap penduduk berusia >10 tahun pada jangka waktu yang sama dalam suatu wilayah dibagi jumlah penduduk >10 tahun dikali 100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKP 11.1 Persentase Kab/Kota memiliki kebijakan meningkatkan aktivitas fisik | kabupaten/kota memiliki kebijakan akses dan fasilitas olahraga/ruang terbuka hijau, fasilitas jalan kaki/sepeda, integrasi transportasi antar moda, design tata ruang, car free day, serta mendorong kegiatan aktivitas fisik/olahraga | ( Jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki kebijakan aktivitas fisik dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota)x100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK.11.1.1 Persentase Pustu dan Puskesmas yang menyelenggarakan program aktivitas fisik | Pustu dan Puskesmas melaksanakan kegiatan peningkatan aktivitas fisik (senam/olahraga bersama, skrining kebugaran kelompok olahraga | Jumlah pustu dan puskesmas melaksanakan kegiatan peningkatan aktivitas fisik (senam/olahraga Bersama, skrining kebugaran) dan melakukan pembinaan kelompok olah raga/ Jumlah seluruh P ustu dan P uskesmas di wilayah tersebut) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas |
| ISS 12 Kab/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat | Jumlah Kabupaten/Kota yang telah terverifikasi 100% KK Stop Buang Air Besar Sembarangan di tempat terbuka dan minimal 75% KK berperilaku minimal 3 pilar STBM lainnya | Jumlah kumulatif Kabupaten/Kota yang telah terverifikasi 100% KK Stop Buang Air Besar Sembarangan di tempat terbuka dan minimal 75% KK berperilaku minimal 3 pilar STBM lainnya | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKP 12.1 Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat | Desa/kelurahan yang telah 100% KK terverifikasi Stop Buang Air Besar Sembarangan di tempat terbuka, dan 75% KK mengimplementasikan 3 pilar lainnya | Jumlah desa/kelurahan yang telah 100% KK terverifikasi Stop Buang Air Besar Sembarangan di tempat terbuka, dan 75% KK mengimplementasikan 3 pilar lainnya | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 12.1.1 Kabupaten/kota dengan Kepala Keluarga yang mencapai Stop Buang Air Besar Sembarangan | Kabupaten/kota yang telah terverifikasi 100% Kepala Keluarga Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) di tempat terbuka | Jumlah kabupaten/kota yang telah terverifikasi 100% Kepala Keluarga Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) di tempat terbuka | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| IKK 12.1.2 Kabupaten/kota dengan Kepala Keluarga berperilaku Cuci Tangan Pakai Sabun | Kabupaten/kota dengan 75% Kepala Keluarga berperilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) | Jumlah kabupaten/kota dengan 75% Kepala Keluarga berperilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| IKK 12.1.3 Kabupaten/kota dengan Kepala Keluarga yang melakukan pengelolaan air minum dan pangan | Kabupaten/kota dengan 75% Kepala Keluarga mengelola air minum dan pangan yang memenuhi syarat | Jumlah kabupaten/kota dengan 75% Kepala Keluarga mengelola air minum dan pangan yang memenuhi syarat | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| IKK 12.1.4 Kabupaten/kota dengan Kepala Keluarga yang melakukan pengelolaan sampah | Kabupaten/kota dengan 75% Kepala Keluarga mengelola sampah yang memenuhi syarat | Jumlah kabupaten/kota dengan 75% Kepala Keluarga mengelola sampah yang memenuhi syarat | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 12.1.5 Kabupaten/kota dengan Kepala Keluarga yang melakukan pengelolaan limbah cair | Kabupaten/kota dengan 30% Kepala Keluarga mengelola limbah cair yang memenuhi syarat | Jumlah kabupaten/kota dengan 30% Kepala Keluarga mengelola limbah cair yang memenuhi syarat | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| ISS 13 Prevalensi obesitas >18 tahun | Persentase jumlah penduduk umur >18 tahun dengan hasil pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) ≥27 pada wilayah dan periode waktu tertentu | Jumlah penduduk umur >18 tahun dengan hasil pengukuran IMT ≥27, dibagi dengan jumlah penduduk umur >18 dikali 100 | Tahunan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKP 13.1 Kabupaten/kota yang memiliki persentase obesitas <23,4% | Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4% berdasarkan data yang terlaporkan pada sistem pencatatan dan pelaporan dalam platform satu sehat | Jumlah kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4% berdasarkan data yang terlaporkan pada sistem pencatatan dan pelaporan dalam platform satu sehat dibagi jumlah total kabupaten/kota dikali 100%<br><br>Sumber data: ASIK PTM | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 13.1.1 Puskesmas yang secara aktif mengelola faktor risiko obesitas | Kabupaten/kota yang 80% puskesmasnya melakukan pengendalian obesitas melalui:<br>•Pemeriksaan BB, TB, lingkar perut dan edukasi gaya hidup sehat di posyandu | Jumlah kabupaten/kota yang 80% puskesmasnya melakukan pengendalian obesitas melalui:<br>•Pemeriksaan BB, TB, lingkar perut dan edukasi gaya hidup sehat di posyandu | Data program | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Sumber data: Data program | | |
| IKK 13.1.2 Penurunan relatif p ersentase penduduk yang kurang aktivitas fisik | Kabupaten/kota yang mengalami penurunan relatif persentase penduduk yang kurang aktivitas fisik sebesar 10% dibandingkan tahun *baseline* | Jumlah kabupaten/kota yang mengalami penurunan relatif persentase penduduk yang kurang aktivitas fisik sebesar 10% dibandingkan tahun *baseline*<br><br>Sumber data: Data program | Data program | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Tidak Menular |
| IKK 13.1.3 Prevalensi *overweight* pada anak usia sekolah | Cakupan anak berusia 5-17 tahun yang memiliki *z-score* indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) >+1,0 SD | Cakupan anak berusia 5-17 tahun yang memiliki *z-score* indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) >+1,0 SD<br><br>Sumber data: survei | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| ISS 14 Persentase kabupaten/kota dengan Fasilitas Kesehatan sesuai standar | Persentase kabupaten/kota yang memiliki fasilitas kesehatan primer (80% desa di kabupaten/kota memiliki setidaknya 1 Pustu dan 80% puskesmas di kabupaten/kota melayani ≤30 ribu penduduk atau jarak ≤120 menit) dan fasilitas kesehatan lanjutan (minimal 1 | Jumlah kab/kota yang memiliki jumlah puskesmas, pustu dan RS sesuai kebutuhan)/ (Jumlah kab/kota) *100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | rumah sakit kelas C untuk setiap kabupaten/kota) sesuai kebutuhan | | | |
| IKP 14.1 Persentase faskes lanjutan dengan SPA kesehatan sesuai standar | Persentase fasilitas kesehatan lanjutan (RS dan UPD) milik pemerintah (Kemenkes,Prov,Kab/kota) dengan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dalam ASPAK 80% sesuai standar | Jumlah RS dan UPD milik pemerintah (Kemenkes,Prov,Kab/kota) yang memiliki sarana, prasarana dan Alat Kesehatan di ASPAK 80% sesuai standar / Jumlah RS dan UTD milik pemerintah * 100%<br><br>Sumber data: ASPAK | | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 14.1.1 Kab/Kota dengan RSUD tipe D yang ditingkatkan menjadi tipe C | Kab/Kota yang hanya memiliki 1 RS dan masih tipe D (tipe D atau D Pratama) untuk ditingkatkan RS tersebut menjadi tipe C sesuai standar yang berlaku dalam regulasi yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan | Jumlah Kab/Kota yang hanya memiliki 1 RS di Kab/Kota tersebut dengan tingkatan yang paling tinggi yaitu 1 RS tipe D (tipe D/D Pratama) untuk ditingkatkan RS tersebut menjadi tipe C sesuai standar yang berlaku dalam regulasi yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKK 14.1.2 Persentase RS Pemerintah Daerah yang memenuhi Ketersediaan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA) sesuai standar | Persentase RS Pemerintah Daerah yang telah memenuhi standar ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) minimal 80% berdasarkan data ASPAK | Jumlah RS Pemerintah Daerah yang memenuhi standar SPA dibagi total RS Kab/Kota dikali 100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Fasilitas Pelayanan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Kesehatan Rujukan |
| IKK 14.1.3 Persentase UPD milik pemerintah dengan SPA sesuai standar | Persentase UTD milik pemerintah dengan sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam ASPAK 80% sesuai standar | Jumlah UTD milik pemerintah yang memiliki sarana, prasarana dan Alat Kesehatan di ASPAK 80% sesuai standar / Jumlah UTD milik pemerintah * 100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKK 14.1.4 Jumlah UPT Vertikal yang ditingkatkan sarana, prasarana dan alkesnya | Jumlah UPT Vertikal yang ditingkatkan sarana, prasarana dan alkesnya | Jumlah UPT Vertikal yang ditingkatkan sarana, prasarana dan alkesnya | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Sekretaris Jenderal Kesehatan Lanjutan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 14.1.5 Kab/Kota dengan wilayah berciri kepulauan yang dilayani RS kapal sesuai standar | Jumlah kab/kota (85 Kab/Kota berdasarkan RUU Kepulauan) yang memiliki karakteristik wilayah kepulauan yang menjadi operasional pelayanan RS Kapal sesuai standar (SPA dan SDM) secara berkelanjutan | Jumlah kab/kota (85 Kab/Kota berdasarkan RUU Kepulauan) yang memiliki karakteristik wilayah kepulauan yang menjadi wilayah operasional pelayanan RS Kapal sesuai standar (SPA dan SDM) secara berkelanjutan | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKP 14.2 Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi | Jumlah tempat tidur rumah sakit yang tersedia untuk ukuran populasi tertentu | Jumlah total tempat tidur rumah sakit dibagi Jumlah total populasi dikali 1.000<br><br>Sumber data: Data Program/data rutin | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 14.2.1 Jumlah kab/kota yang memenuhi rasio tempat tidur (TT) minimal 2:1000 | Jumlah kab/kota yang memenuhi rasio TT minimal 2:1000 | Jumlah kabupaten/kota yang memenuhi rasio TT minimal 2:1000<br><br>Sumber data: Data Program/data rutin | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKP 14.3 Persentase puskesmas yang memenuhi rasio puskesmas terhadap populasi | Jumlah Puskesmas, yang tersedia dibandingkan dengan jumlah penduduk pada periode tertentu | Jumlah Puskesmas yang memiliki beban kerja dengan jumlah penduduk maksimal 30.000, dibagi jumlah seluruh Puskesmas, dikali 100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Persentase Puskesmas yang memenuhi rasio satu berbanding tiga puluh ribu penduduk (1 : 30 000) | | | |
| IKK 14.3.1 Persentase kab/kota dengan jumlah Puskesmas sesuai standar | Persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 20 Puskesmas dengan alat kesehatan sesuai standar (>60%) dan SDM Kesehatan sesuai standar | (Jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki puskesmas dengan alat kesehatan sesuai standar (lebih dari 60%) dan SDM Kesehatan sesuai standar / Jumlah seluruh Kabupaten/kota) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKK 14.3.2 Persentase unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan dengan ketersediaan tenaga kesehatan dan kader kesehatan sesuai standar | Persentase Unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan yang telah memiliki jumlah dan kompetensi tenaga kesehatan dan kader kesehatan sesuai standar (2 nakes dan kader)<br>Catatan: Unit Pelayanan Kesehatan Tingkat Desa/Kelurahan mencakup Pustu, Poskesdes, Polindes, dsb | Unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan yang telah memiliki tenaga kesehatan dan kader kesehatan sesuai standar (2 nakes dan kader), dibagi Total jumlah Unit Pelayanan Kesehatan Tingkat Desa/Kelurahan, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 14.3.3 Persentase kab/kota yang memiliki unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan sesuai standar | Persentase Kab/Kota yang telah memiliki 75% Unit Pelayanan Kesehatan Tingkat Desa/Kelurahan di wilayahnya pada periode 2025-2028 yang telah memenuhi standar dari aspek<br>- minimal kondisi sarana prasarana baik dan tersedia alkes sesuai standar<br>-100% Sumber Daya Manusia (2 nakes dan 2 Kader)<br>- Melaksanakan fungsi sesuai standar<br><br>Catatan: Unit Pelayanan Kesehatan Tingkat Desa/Kelurahan mencakup Pustu, Poskesdes, Polindes, dsb | Jumlah Kab/Kota yang memiliki 75% Unit Pelayanan Kesehatan Tingkat Desa/Kelurahan sesuai standar:<br>- minimal kondisi sarana prasarana baik dan tersedia alkes sesuai standar<br>- 100% Sumber Daya Manusia (2 Nakes dan Kader)<br>- Melaksanakan fungsi sesuai standar<br>dibagi Jumlah total Kab/Kota dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKK 14.3.4 Persentase Kab/kota dengan tata kelola Kesehatan Tradisional yang baik | Persentase kab/kota yang melakukan pembinaan terhadap penyedia dan pelayanan kesehatan tradisional | (Jumlah Kab/Kota yang melakukan pembinaan dan pendataan terhadap penyedia layanan kesehatan tradisional di fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan tradisional berdasarkan jenisnya minimal 1 kali setiap tahun) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKK 14.3.5 Persentase Kabupaten/kota dengan penyedia dan/atau pelayanan kesehatan | Persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan minimal satu pelayanan kesehatan tradisional sesuai standar | Jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 layanan kesehatan tradisional dengan sarana, SDM, dan jenis layanan sesuai standar mutu, | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| tradisional sesuai standar mutu | | dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota, dikali 100% | | Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKK 14.3.6 Jumlah Kabupaten/Kota dengan akses sulit yang menerapkan skema/pendekatan khusus dalam pemenuhan pelayanan kesehatan berkualitas | Jumlah kabupaten/kota (populasi 291 kabupaten/kota berdasarkan Kemenkes) yang memiliki wilayah dengan tingkat akses menuju fasyankes yang sulit yaitu daerah perbatasan, kepulauan, terpencil, yang menerapkan minimal 2 skema/pendekatan khusus dalam peningkatan akses pelayanan kesehatan antara lain :<br>Pelayanan kesehatan bergerak;<br>Pelayanan kesehatan gugus pulau;<br>Telemedicine/telekesehatan ;<br>Flying healthcare;<br>RS Pratama yang operasional;<br>RS Kapal;<br>Bentuk modifikasi pelayanan kesehatan lain yang mengacu pada regulasi standar | Jumlah kumulatif kabupaten/kota (populasi 291 kabupaten/kota berdasarkan Kemenkes) yang memiliki wilayah dengan tingkat akses menuju fasyankes yang sulit yaitu daerah perbatasan, kepulauan, terpencil yang menerapkan minimal 2 skema/pendekatan khusus dalam peningkatan akses pelayanan kesehatan | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKP 14.4 Persentase fasilitas kesehatan yang memenuhi standar penyandang disabilitas | Persentase fasilitas kesehatan yang memenuhi standar penyandang disabilitas | Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas sesuai standar dalam 1 wilayah dalam 1 tahun dibagi jumlah puskesmas di wilayah tersebut dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 14.4.1 Persentase Puskesmas yang ramah penyandang disabilitas | Persentase Puskesmas yang telah ramah penyandang disabilitas sesuai standar<br>Unit Populasi: Puskesmas yang teregistrasi dan operasional sampai tahun 2028 | Jumlah Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas sesuai standar dibagi dengan total puskesmas dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan |
| IKP 14.5 Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 2-5 yang dikembangkan sesuai standar berdasarkan stratanya | Persentase laboratorium tingkat 2-5 yang dikembangkan dan sudah operasional paling lambat per tahun 2028 dan telah memenuhi standar berdasarkan stratanya, dari aspek :<br>1. SDM Laboratorium<br>2. Sarana, Prasarana,dan Alat Kesehatan<br>3. Fungsi labkesmas pelayanan yang dilaksanakan<br>4. Standar layanan | Jumlah laboratorium tingkat 2-5 yang dikembangkan sesuai standar berdasarkan stratanya dan sudah beroperasional paling lambat per tahun 2028 dibagi dengan jumlah laboratorium tingkat 2-5 di seluruh Kab/Kota dan Provinsi yang paling lambat beroperasional hingga 2028 (jumlah labkesmas tingkat 2-5 yang eksisting ditambah dengan jumlah lokus pembangunan baru labkesmas hingga tahun 2028) dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 14.5.1 Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 2 sesuai standar | Persentase laboratorium tingkat 2 yang telah memenuhi standar (≥60%) berdasarkan stratanya, dari aspek :<br>SDM Laboratorium (≥60%);<br>Sarana, Prasarana,dan Alat Kesehatan (≥60%);<br>Fungsi labkesmas pelayanan yang dilaksanakan (≥60%); dan<br>Standar layanan(≥60%). | Jumlah laboratorium tingkat 2 yang sesuai standar (≥60%), dibagi jumlah seluruh laboratorium tingkat 2 di kabupaten/kota, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKK 14.5.2 Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 3 sesuai standar | Persentase laboratorium tingkat 3 yang telah memenuhi standar (≥60%) berdasarkan stratanya, dari aspek :<br>SDM Laboratorium (≥60%);<br>Sarana, Prasarana,dan Alat Kesehatan (≥60%);<br>Fungsi labkesmas pelayanan yang dilaksanakan (≥60%); dan<br>Standar layanan (≥60%). | Jumlah laboratorium tingkat 3 yang sesuai standar (≥60%), dibagi jumlah seluruh laboratorium tingkat 3 di kabupaten/kota, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKK 14.5.3 Persentase laboratorium kesehatan masyarakat tingkat 4 dan 5 sesuai standar | Persentase laboratorium tingkat 4 dan 5 yang telah memenuhi standar (≥60%) berdasarkan stratanya, dari aspek :<br>SDM Laboratorium (≥60%);<br>Sarana, Prasarana,dan Alat Kesehatan (≥60%);<br>Fungsi labkesmas pelayanan yang | Jumlah laboratorium tingkat 4 dan 5 yang sesuai standar (≥60%), dibagi jumlah seluruh laboratorium tingkat 4 dan 5 di provinsi | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | dilaksanakan (≥60%); dan<br>Standar layanan (≥60%). | | | Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKP 14.6 Persentase Kab/kota yang memiliki min 80% PKM sesuai standar SPA | Persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% Puskesmas dengan sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA) sesuai standar (≥60%). | Jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki minimal 80% puskesmas dengan SPA sesuai standar (≥ 60%) dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota, dikali 100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 14.6.1 Persentase Puskesmas memiliki SPA sesuai standar | Persentase puskesmas yang memenuhi sarana, prasarana dan alat (SPA) sesuai standar<br><br>Unit Populasi: Puskesmas yang teregistrasi dan operasional sampai tahun 2028 | Jumlah fasilitas kesehatan dengan pelayanan kesehatan tradisional terintegrasi / Jumlah fasilitas kesehatan) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| ISS 15. Proporsi faskes dengan perbekalan kesehatan sesuai standar | Persentase fasilitas kesehatan (Puskesmas termasuk labkesmas, RS) yang secara konsisten mempertahankan tingkat kecukupan pasokan kesehatan esensial, termasuk diagnostik, reagen, | Jumlah fasilitas kesehatan dengan perbekalan kesehatan yang memadai sesuai standar dibagi Jumlah total fasilitas kesehatan dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | obat-obatan, vaksin, sesuai dengan pedoman untuk memenuhi kebutuhan pasien dan masyarakat, dalam jangka waktu tertentu | | | |
| IKP 15.1. Persentase fasilitas Kesehatan primer yang memiliki obat, vaksin, dan BMHP sesuai standar | Tersedianya obat, vaksin dan BMHP (reagen dan diagnostic) esensial, di Puskesmas dengan tepat jumlah dan tepat waktu | Jumlah puskesmas dengan ketersediaan obat, vaksin, dan BMHP (reagen dan diagnostic) esensial secara tepat jumlah dan waktu dibagi Jumlah Puskesmas dikali 100%<br><br>Sumber Data : data kemenkes, BPS | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 15.1.1 Persentase kab/kota dengan pemenuhan obat dan vaksin program tepat waktu dan tepat jumlah | Proporsi kab/kota yang memiliki jaminan ketersediaan untuk:<br>1. 90% dari 40 jenis obat esensial; dan<br>2. 7 jenis vaksin IRL<br>dibandingkan jumlah seluruh kab/kota | Jumlah kab/kota yang memiliki jaminan ketersediaan untuk 90% dari 40 jenis obat esensial dan 7 jenis vaksin IRL dibandingkan jumlah kab/kota dikali 100%<br><br>Sumber Data : data kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 15.1.3 Persentase kesesuaian realisasi pengadaan obat dan vaksin terhadap RKO dan vaksin | P ersentase kesesuaian pemenuhan ketersediaan obat esensial (obat, reagen, dan vaksin) di Puskesmas terhadap RKO | Jumlah ketersediaan obat yang dipantau (obat program, obat esensial, reagen esensial, vaksin program) di Puskesmas dibagi RKO dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 15.1.2 Persentase Puskesmas dan Labkesmas dengan BMHP sesuai standar | Persentase Puskesmas dan labkesmas dengan BMHP (reagensia dan diagnostik) sesuai standar | Jumlah puskesmas dan labkesmas yang memenuhi ketersediaan obat dan BMHP (reagen dan diagnostik) sesuai standar dibagi Jumlah puskesmas dan labkesmas yang melapor dikali 100%<br><br>Sumber data: Data pelaporan SMILE, Serena (akan tergabung di satu sehat), pelaporan puskesmas dan labkesmas | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 15.1.6 Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial dan vaksin IRL (Imunisasi Rutin Lengkap) | Proporsi Puskesmas yang memiliki<br>1. 90% dari 40 jenis obat esensial; dan<br>2. 7 jenis vaksin IRL sesuai kebutuhan<br>dibandingkan jumlah seluruh puskesmas | Jumlah Puskesmas yang memiliki 90% dari 40 jenis obat esensial dan 7 jenis vaksin IRL sesuai kebutuhan dibagi jumlah seluruh puskesmas dikali 100%<br><br>Data pelaporan SMILE, Serena (akan tergabung di satu sehat), pelaporan puskesmas dan labkesmas | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 15.1.4 Persentase Penurunan kekosongan (*stock out*) obat dan vaksin di Fasyankes | Penurunan kekosongan (*stock out*) obat dan vaksin di fasilitas pelayanan kesehatan pada tahun berjalan dibandingkankan dengan tahun sebelumnya | Jumlah temuan kasus kekosongan obat dan vaksin tahun berjalan dibandingkan dengan jumlah temuan kasus tahun sebelumnya dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 15.1.5 Persentase pemenuhan obat dan vaksin melalui katalog elektronik | Persentase realisasi produksi obat dan vaksin untuk memenuhi pesanan obat dan vaksin melalui e-Purchasing pada Katalog Elektronik | Jumlah realisasi produksi obat dan vaksin untuk memenuhi pesanan obat dan vaksin melalui e-Purchasing dibagi jumlah rencana produksi obat dan vaksin untuk memenuhi pesanan obat dan vaksin melalui e-Purchasing dikali 100%<br><br>Sumber Data : LKPP dan Industri Farmasi | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 15.2 Persentase obat inovatif yang tersedia di Indonesia | Obat inovatif adalah obat dengan molekul zat aktif baru, kombinasi baru, bentuk sediaan baru, atau kekuatan baru yang terdaftar di SRA tetapi belum teregistrasi di Indonesia.<br>Obat inovatif yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari obat inovatif yang tersedia di Indonesia melalui jalur special access scheme (SAS) dan/atau telah diajukan dokumen pendaftaran untuk persetujuan izin edar (NIE) di BPOM. | Jumlah item obat inovatif yang tersedia di Indonesia melalui jalur SAS dan/atau telah diajukan dokumen pendaftaran untuk persetujuan izin edar (NIE) di BPOM tahun berjalan dibagi jumlah item obat inovatif yang teregistrasi di SRA dua tahun sebelumnya dikalikan 100%<br><br>Sumber data: Data BPOM (akses lgs melalui web BPOM), Industri Farmasi | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 15.2.1 Persentase obat inovatif yang teregistrasi di Indonesia | Obat inovatif adalah obat dengan molekul zat aktif baru, kombinasi baru, bentuk sediaan baru, atau kekuatan baru yang terdaftar di SRA tetapi belum teregistrasi di Indonesia.<br>Obat inovatif yang teregistrasi adalah obat inovatif yang telah diajukan dokumen pendaftaran untuk persetujuan izin edar (NIE) di BPOM. | Persentase obat inovatif yang teregistrasi yaitu jumlah item obat inovatif yang telah diajukan dokumen pendaftaran untuk persetujuan izin edar (NIE) di BPOM pada tahun berjalan dibagi jumlah item obat inovatif yang teregistrasi di SRA dua tahun sebelumnya dikalikan 100%<br><br>Sumber Data : Data Kementerian Kesehatan, BPOM, Industri Farmasi | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 15.2.2 Persentase Ketersediaan obat yang diajukan melalui *Special Access Scheme* (SAS) | Surat persetujuan pemasukan obat melalui Jalur Khusus (SAS) adalah surat yang diterbitkan oleh Direktur Jenderal Farmalkes untuk pemasukan obat-obatan yang dibutuhkan untuk pelayanan Kesehatan atau program Kesehatan namun belum memiliki izin edar atau belum diproduksi di Indonesia atau telah diproduksi di Indonesia namun belum mencukupi ketersediaannya untuk pelayanan kesehatan | Persentase jumlah izin SAS yang direalisasikan importasinya dibagi jumlah surat izin SAS yang diterbitkan kali 100%<br><br>Sumber Data : Data Kementerian Kesehatan, Kemenkeu (DInspektorat Jenderal Bea Cukai) dan LNSW | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 15.3 Persentase fasyankes yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar | Puskesmas dan RS Pemerintah yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar mencakup:<br>1. Pengelolaan sediaan farmasi: memiliki SOP kecuali SOP pendistribusian | Jumlah Puskesmas dan RS Pemerintah yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar dibagi jumlah seluruh Puskesmas dan RS Pemerintah dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 2. Pelayanan farmasi klinis: pengkajian resep, penyerahan obat, pemberian informasi obat, PIO, dan konseling | Sumber data: data kemenkes, berdasarkan pemantauan melalui SIMONA/Satu Sehat | | |
| IKK 15.3.1 Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang melaksanakan Pelayanan Kefarmasian sesuai Standar | Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RS Pemerintah dan Puskesmas) yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar | Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit dan Puskesmas), yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar<br><br>Sumber data: Pelaporan dari fasyankes dan fasilitas penunjang kesehatan | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| ISS 16 Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna | Fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit pemerintah)dengan akreditasi paripurna | Jumlah fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit pemerintah) yang mendapatkan status akreditasi paripurna dan masih berlaku dalam kurun waktu 2025-2029 / Jumlah fasilitas Kesehatan yang teregistrasi * 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKP 16.1 Persentase Labkesmas yang terakreditasi | Persentase labkesmas (Tingkat 2-5) yang memenuhi standar mutu akreditasi<br><br>Labkes : 819<br>Labkes terakreditasi : 663<br>Jumlah Labkesmas tier 2-5 □ 292 (Des 2024)<br>Jumlah Labkesmas terakreditasi s/d Desember dianggap 0 | Jumlah labkesmas terakreditasi/ jumlah labkesmas *100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Sisa yg belum terakreditasi 292 | | | |
| IKK 16.1.1 Persentase Labkesmas yang melaksanakan fungsi surveilans penyakit dan faktor risiko Kesehatan berbasis laboratorium sesuai standar | Persentase laboratorium kesehatan masyarakat (labkesmas) tingkat 2 - 5 yang memiliki data hasil pemeriksaan dan/atau analisis data dan/atau diseminasi hasil pemeriksaan laboratorium dalam kurun waktu 1 tahun | Jumlah labkesmas Tingkat 2-5 yang melaksanakan fungsi surveilans penyakit dan faktor risiko Kesehatan berbasis laboratorium dibagi dengan jumlah labkesmas Tingkat 2-5 di seluruh Kab/Kota dan Provinsi dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKK 16.1.2 Persentase laboratorium kesehatan masyarakat yang patuh melaporkan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) untuk pelayanan laboratorium yang ditentukan | Persentase Labkesmas yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu di Labkesmas untuk pelayanan yang ditentukan<br>•Kepatuhan kebersihan tangan ≥ 85%<br>•Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) 100%<br>•Kepatuhan identifikasi pasien 100 %<br>•Kepatuhan pelaporan hasil kritis 100%<br>•Kejadian sampel/spesimen hilang 0<br>•Pengulangan hasil pemeriksaan 0<br>•Kepuasan pasien ≥ 76.61 | (Jumlah total Labkesmas yang mencapai target 7 Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan dibagi jumlah total Labkesmas) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 16.2. Persentase Puskesmas terakreditasi paripurna | Persentase Puskesmas yang telah melaksanakan akreditasi dengan status capaian sertifikat paripurna dari lembaga akreditasi puskesmas dan masih berlaku dalam kurun 2025-2029. Unit populasi: Puskesmas teregistrasi yang paling lambat operasional di tahun 2026<br><br>Unit populasi: Puskesmas teregistrasi yang paling lambat operasional di tahun 2026 | Jumlah Puskesmas yang mendapatkan sertifikat akreditasi paripurna dan masih berlaku dalam kurun 2025-2029 dibagi total populasi puskesmas yang telah teregistrasi dikali 100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 16.2.1 Persentase puskesmas yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) | Persentase Puskesmas yang telah mencapai seluruh target di INM Puskesmas sesuai dengan regulasi yang berlaku. Unit Populasi: Puskesmas yang teregistrasi dan operasional sampai tahun 2028 | Jumlah Puskesmas yang telah mencapai seluruh target INM di Puskesmas dibagi dengan total jumlah Puskesmas yang teregistrasi dan operasional sampai tahun 2028 dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 16.2.3 Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter dan dokter gigi yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan | Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter dan drg yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan | Jumlah klinik pratama dan praktek mandiri dokter dan dokter gigi yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan, dibagi dengan jumlah klinik pratama dan praktik mandiri dokter dan dokter gigi yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan pada tahun berjalan, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKK 16.2.4 Persentase FKTP yang mengimplementasikan penggunaan antibiotik rasional | Kriteria FKTP mengimplementasikan penggunaan antibiotik rasional adalah FKTP yang meresepkan antimikroba mengacu pada Panduan Praktik Klinis | Jumlah FKTP mengimplementasikan penggunaan antibiotik rasional dibagi jumlah seluruh FKTP t-1 dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 16.2.2 Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang berjejaring dengan Puskesmas untuk penguatan pelayanan program prioritas | Persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang berjejaring dan bekerjasama dengan puskesmas untuk melakukan pelayanan program prioritas nasional serta melaporkan pelaksanaan pelayanan tersebut. Program prioritas nasional yang dimaksud terdiri atas TBC, Hipertensi dan DM. Klinik pratama dan praktik mandiri dokter adalah yang telah yang teregistrasi. | Jumlah klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang telah melakukan jejaring dan bekerjasama dengan Puskesmas dan melakukan pelayanan program prioritas nasional, dibagi dengan jumlah seluruh klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan pada tahun berjalan, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKP 16.3 Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas | Persentase rumah sakit (pemerintah dan swasta) yang menerapkan pedoman standardisasi mutu pelayanan dalam bentuk *Clinical Pathway* atau *Clinical Practice Guide* (Panduan Praktik Klinik) pada 10 penyakit prioritas | Jumlah RS menerapkan pedoman layanan untuk 10 penyakit prioritas dibagi Jumlah rumah sakit yang menangani 10 penyakit prioritas dikali 100%<br><br>Sumber data: Data rutin/ data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 16.3.1 Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedsin | Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Klinik Pratama, Klinik Utama, Puskesmas) yang aktif melakukan pelayanan telemedisin dalam kurun waktu 5 tahun | Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Klinik Pratama, Klinik Utama, Puskesmas) yang aktif menyelenggarakan pelayanan telemedisin setiap tahun<br><br>Sumber data: Data rutin/ data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 16.3.2 Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS | Jumlah RS yang menyelenggarakan pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS (Hospital Based) | Jumlah RS yang telah memiliki SK Penetapan Menteri Kesehatan sebagai rumah sakit pendidikan dan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSP-PU) dan memiliki ijin penyelenggaraan pendidikan dari Kemendikbud<br><br>Sumber data: Data rutin/ data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKK 16.3.5 Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / *center of excellence* melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri | Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulannya melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan luar negeri | Jumlah RS yang mengembangkan layanan khususnya layanan unggulan melalui kerja sama luar negeri dengan RS atau institusi Kesehatan luar negeri secara kumulatif<br><br>Sumber data: Data rutin/ data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Tata Kelola Klinis Kesehatan Lanjutan | | | | |
| IKK 16.3.3 Persentase Rumah Sakit Pemerintah yang mampu tatalaksana Kekerasan terhadap | Rumah Sakit milik Kementerian Kesehatan dan Pemda (Provinsi/Kab/Kota) yang memberikan pelayanan kesehatan bagi korban KtA (Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak) oleh Spesialis Forensik (Sp.F)/Spesialis Forensik Medikolegal | Jumlah Rumah Sakit Pemerintah yang mampu tatalaksana korban kekerasan terhadap perempuan dan anak dibagi total RS Pemerintah dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Perempuan dan Anak (KtPA) | (Sp.FM)/Tenaga Medis lain yang terlatih untuk tatalaksana KtPA | | | Pelayanan Klinis |
| IKK 16.3.4 Persentase fasilitas kesehatan yang terintegrasi dalam sistem rujukan online nasional | Persentase fasilitas pelayanan kesehatan (FKTP dan RS) yang memanfaatkan sistem rujukan online nasional atau mengintegrasikan sistem rujukan lokal dengan sistem rujukan online nasional | Jumlah fasilitas pelayanan Kesehatan (FKTP dan RS) yang memanfaatkan sistem rujukan online nasional atau mengintegrasikan sistem rujukan local dengan sistem rujukan online nasional dibagi jumlah populasi seluruh fasilitas pelayanan Kesehatan (FKTP dan RS) yang teregistrasi maksimal tahun 2028<br><br>Sumber data: aplikasi SISRUTE | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| IKK 16.3.6 Jumlah RS yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis | Jumlah RS yang mendapatkan penetapan sebagai RS penyelenggara wisata medis oleh Menteri Kesehatan | Jumlah kumulatif Surat Ketetapan RS penyelenggara wisata medis yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang berlaku<br><br>Sumber Data : Data Kemenkes (Aplikasi Komen) | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 16.4 Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna | Persentase Rumah Sakit pemerintah (K/L, TNI/Polri, dan daerah) yang telah melaksanakan akreditasi dengan status capaian minimal sertifikat paripurna dari lembaga akreditasi rumah sakit dan masih berlaku dalam kurun 2025-2029. | Jumlah Rumah Sakit pemerintah (K/L, TNI/Polri, dan daerah) yang mendapatkan sertifikat akreditasi paripurna dan masih berlaku dalam kurun 2025-2029 dibagi total populasi RS Pemerintah (RS yang memiliki izin operasional maksimal tahun 2027) dikali 100%<br><br>Sumber data: Data rutin/ data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 16.4.1 Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) | Persentase rumah sakit yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu di rumah sakit | Jumlah rumah sakit Pemerintah (Kemenkes, KL Lain dan Pemda) yang telah mencapai seluruh target INM di rumah sakit dibagi dengan total jumlah rumah sakit Pemerintah yang telah teregistrasi maksimal tahun 2027, dikali 100%<br><br>Populasi: Total RS Pemerintah yang memiliki izin registrasi maksimal tahun 2027 | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 16.4.2 Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan | Persentase Klinik Utama yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu. (rincian INM akan mengikut kriteria kebijakan terupdate). | Jumlah Klinik Utama yang telah mencapai seluruh target INM Klinik Utama dibagi Jumlah Klinik Utama yang teregistrasi dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKK 16.4.3 Persentase faskes yang melaksanakan dan melaporkan audit medis | Persentase rumah sakit yang menangani salah satu dari 10 penyakit prioritas (rumah sakit vertikal dan rumah sakit diampu) yang melaksanakan dan melaporkan audit medis | (Jumlah rumah sakit yang menangani salah satu dari 10 penyakit prioritas yang melaksanakan dan melaporkan audit medis) dibagi (Jumlah rumah sakit yang menangani salah satu dari 10 penyakit prioritas) dikali 100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| IKK 16.4.6 Persentase RS yang memberikan layanan geriatri terpadu | Proporsi RS yang memberikan layanan kesehatan bagi lansia sesuai konsep pelayanan geriatri dengan tim terpadu (interdisiplin) | Jumlah RS yang memberikan pelayanan geriatri terpadu di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun, dibagi total RS, dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 16.4.4 Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian | RS BLU milik Pemerintah yang mencapai rata-rata setiap aspek level 4 dalam penilaian maturitas BLU untuk semua aspek maturity rating | Jumlah RS BLU milik Pemerintah yang mencapai rata-rata setiap aspek level 4 dalam penilaian maturitas BLU untuk semua aspek maturity rating<br><br>Sumber Data : Data BLU dari Kemenkeu (BIOS) | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKK 16.4.5 Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas | RS yang memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas sesuai standar.<br><br>Terakreditasi paripurna atau memiliki sedikitnya 5 sarana prasarana inklusif penyandang disabilitas*<br><br>Memiliki salah satu dokter spesialistik** atau salah satu tenaga kesehatan keterapian fisik *** atau psikolog klinis atau tenaga terorientasi Yankes Inklusif dan Bahasa Isyarat<br><br>*Sarana Prasarana Inklusif : Jalur Landai dan Penyangga, Jalur bebas hambatan dengan rambu/petunjuk arah yang jelas, *Guiding block* di luar dan dalam Gedung, Toilet inklusif, tempat parkir inklusif, alat bantu mobilitas, media KIE sesuai ragam disabilitas, alur antrian khusus, tempat tunggu khusus, rute | Jumlah RS yang memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas sesuai standar dibagi jumlah rumah sakit keseluruhan dikali 100%<br><br>Sumber data: Data rutin/ data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | dan prosedur evakuasi, SOP Pelayanan Inklusif bagi Penyandang Disabilitas dan Layanan pengaduan.<br>**dokter spesialistik: dr SpKFR, dr SpA, dr SpKJ.<br>***tenaga kesehatan keterapian fisik : Fisioterapiis, Okupasi Terapis, Terapis Wicara. | | | |
| IKP 16.5 Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas | Persentase kabupaten/kota yang terdapat RS Pemerintah (Kemenkes/Pemprov/Pemkab/Pemkot) di wilayahnya dengan kompetensi paling sedikit 5 penyakit prioritas minimal strata Madya sesuai Keputusan Menteri Kesehatan terkait pengampuan KJSU KIA dan Non KJSU KIA | Jumlah kabupaten/kota yang terdapat RS Pemerintah (Kemenkes/Pemprov/Pemkab/Pemkot) di wilayahnya dengan kompetensi menangani paling sedikit 5 penyakit prioritas dengan strata minimal tingkat Madya sesuai KMK dibagi jumlah kabupaten/kota (511 kab/kota) dikalikan 100%<br><br>Alasan denominator dipilih 511 kab/kota karena saat ini eksisting ada 3 kab/kota yang belum terdapat RS di wilayah tsb (Kota Lhokseumawe, Kerinci, Kota Gunung Sitoli) | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 16.5.1 Persentase provinsi dengan RS yang memenuhi kapasitas pelayanan kesehatan ibu-anak, kanker, jantung, stroke, ginjal sesuai standar | Persentase provinsi yang memiliki RS Pemerintah minimal strata utama dengan kompetensi layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefro dan/atau KIA sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) terkait pengampuan KJSU KIA | Jumlah Provinsi yang terdapat RS Pemerintah minimal strata Utama dengan kapasitas layanan KJSU dan/atau KIA dibagi jumlah provinsi x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| IKK 16.5.2 Persentase kab/kota dengan RS yang memenuhi kapasitas pelayanan kesehatan ibu-anak, kanker, jantung, stroke, ginjal sesuai standar | Persentase kab/kota dengan RS minimal strata madya dengan kompetensi layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefro dan/atau KIA sesuai dengan Keputusan Menteri | Jumlah Kab/kota yang terdapat RS Pemerintah minimal strata Madya dengan kapasitas layanan KJSU dan/atau KIA + jumlah Kab/kota yang dapat dijangkau dan dilakukan pelayanan KJSU dan/atau KIA oleh RS minimal strata madya dari kab/kota terdekat) dibagi jumlah seluruh kab/kota x100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| IKK 16.5.3 Persentase RS Pemerintah dengan kompetensi minimal strata Madya untuk pelayanan DM, TBC, PIE, Gastrohepato dan/atau Kesehatan Jiwa, sesuai yang telah ditetapkan | Persentase RS Pemerintah (Kemenkes/Pemprov/Pemkab/Pemkot) yang mencapai strata target minimal Madya dengan kompetensi layanan salah satu dari DM, TBC, PIE, Gastrohepato dan/atau Kesehatan Jiwa sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) terkait pengampuan Non KJSU KIA | Jumlah RS Pemerintah (Kemenkes/Pemprov/Pemkab/Pemkot) yang mencapai strata target minimal Madya dengan kapasitas layanan salah satu dari DM, TBC, PIE, Gastrohepato dan/atau Kesehatan Jiwa dibagi dengan jumlah RS Pemerintah (Kemenkes/Pemprov/Pemkab/Pemkot) yang telah ditetapkan dalam KMK (414 RS) dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 16.6 Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar | RS Pemerintah yang memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar >= 80%. Yang termasuk RS Pemerintah adalah RSVK/L, RS milik pemda Prov/Kab/Kota. Pemberian antibiotik sistemik adalah pemberian antibiotik sesuai dengan antibiogram (peta kuman) dan/atau PPK (Panduan praktik klinis) yang ditetapkan RS | Jumlah RS Pemerintah yang memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar >= 80% dibagi jumlah seluruh RS Pemerintah t-1 dikali 100%<br><br>Sumber data: Data Program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 16.6.1 Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) | Kriteria RS yang mengimplementasikan PPRA:<br>1) Memiliki Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba.<br>2) Memiliki Program Pengendalian Resistensi Antimikroba.<br>3) Melaporkan implementasi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba kepada Kementerian Kesehatan | Jumlah RS yang mengimplementasikan PPRA dibagi jumlah seluruh RS t-1 dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKP 16.7 Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center | Persentase kab/kota memiliki RS yang memberikan pelayanan cedera/trauma minimal oleh dokter ortopedi/bedah/saraf | Jumlah kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center dibagi seluruh kab/kota dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 16.7.1 Jumlah RS yang memberikan pelayanan trauma center di Kab/kota | Jumlah rumah sakit yang memberikan pelayanan cedera/trauma minimal oleh dokter ortopedi/bedah/saraf di kab/kota | Jumlah RS yang memberikan pelayanan trauma center di kab/kota | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pelayanan Klinis |
| ISS 17 Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan | Mengukur tingkat kepuasan Masyarakat dalam bentuk feedback dan survey terhadap pelayanan Kesehatan oleh puskesmas dan fasilitas Kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan Klinik Utama) | Total nilai persepsi seluruh responden dibagi Total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKP 17.1 Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan primer | Fasilitas Kesehatan primer dengan hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan Kesehatan primer minimal baik (diatas 76,61) | Fasilitas kesehatan primer yang mencapai indeks kepuasan pasien baik (> 76,61) dibagi seluruh fasilitas kesehatan primer x 100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 17.1.1 Jumlah Puskesmas yang melakukan penanganan pengaduan pengguna layanan | Puskesmas yang memiliki tata cara, melaksanakan penanganan pengaduan, saran dan masukan serta tindak lanjut yang dikelola dengan baik | (Puskesmas yang melakukan penanganan pengaduan pengguna layanan yang dikelola dengan baik dibagi seluruh Puskesmas) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Kesehatan Primer |
| IKK 17.1.2 Jumlah labkesmas yang memiliki ketepatan waktu pelayanan | Labkesmas yang memiliki ketepatan waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan | Labkesmas yang memiliki ketepatan waktu pelayanan dibagi seluruh Labkesmas x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer |
| IKP 17.2 Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan | Rata-rata Indeks Kepuasan Pasien di fasilitas pelayanan Kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan Klinik Utama) yang dievaluasi<br>Fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi ditentukan berdasarkan jumlah minimum sampel yang diterima secara statistik | Total skor Indeks Kepuasan Pasien dari setiap fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang dievaluasi dibagi jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi<br><br>Sumber data: Data Program | Data Program, Kemenkes | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 17.2.1 Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visit dokter pelayanan rawat inap | RS BLU dan BLUD dengan ketepatan waktu pelayanan ranap adalah kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya pada pukul 06.00 - 14.00 | Jumlah pasien ranap yang divisit jam 06.00-14.00 / Jumlah pasien rawat inap<br><br>Sumber data: Data Program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKK 17.2.2 Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan | RS BLU dan BLUD dengan waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis | Jumlah pasien rawat jalan dalam kurun waktu tertentu dengan waktu tunggu ≤60 menit / Jumlah pasien rawat jalan dalam kurun waktu tertentu, memenuhi apabila: jumlah pasien rawat jalan ≤ 60 menit minimal 80 %<br><br>Sumber data: Data Program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| IKP 17.3 Persentase Named Nakes yang ditingkatkan mutunya | Persentase SDM Kesehatan yang ditingkatkan mutunya melalui Pendidikan, pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi lainnya | Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan mutunya melalui Pendidikan, pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi lainnya dibagi total tenaga medis dan Kesehatan yang terdaftar di sistem informasi Kesehatan dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 17.3.1 Persentase Serapan Lulusan Poltekkes Kemenkes yang Diterima Bekerja di Sektor Kesehatan | Perbandingan jumlah lulusan Poltekkes Kemenkes T-1 yang diterima bekerja di sektor Kesehatan (faskes pemerintah, swasta, TNI/POLRI, dan/atau sesuai bidangnya) dengan total jumlah lulusan Poltekkes Kemenkes T-1 yang mengisi data penelusuran (tracer study) | Jumlah lulusan Poltekkes Kemenkes T-1 yang diterima bekerja di sektor kesehatan (faskes pemerintah, swasta, TNI/POLRI, dan/atau sesuai bidangnya) dibagi dengan total jumlah lulusan Poltekkes Kemenkes T-1 yang mengisi data penelusuran (*tracer study*) dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Penyediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKK 17.3.2 Persentase tenaga medis internsip yang mahir dan mandiri dalam menjalankan praktik keprofesian | tenaga medis internsip yang telah menyelesaikan penugasan internsipnya dengan memenuhi target kinerja | Jumlah tenaga medis internsip yang memenuhi target kinerja pada akhir penugasan dibagi jumlah internsip yang ditempatkan pada awal penugasan dalam satu periode yang sama dikali 100% (target per tahun) | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 17.3.3 Persentase kab/kota yang memiliki institusi penyelenggara pelatihan dan/atau peningkatan kompetensi bidang kesehatan terakreditasi | Perbandingan jumlah kabupaten/kota yang telah memiliki Institusi Pelatihan terakreditasi Kemenkes dengan jumlah total kabupaten/kota di Indonesia | Jumlah kumulatif kabupaten/kota yang telah memiliki Institusi Pelatihan Terakreditasi Kemenkes dibandingkan dengan jumlah total kabupaten/kota di Indonesia dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKK 17.3.4 Persentase SDM kesehatan yang mendapatkan pelatihan bidang kesehatan | Proporsi SDM Kesehatan (tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga penunjang kesehatan) yang terdaftar dalam Sistem Satu Sehat SDMK yang mengikuti dan menyelesaikan pelatihan, workshop, dan *hands on* bidang kesehatan (kumulatif) | Jumlah SDMK (tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga penunjang kesehatan) teregistrasi pada Sistem Satu Sehat SDMK yang mengikuti dan telah menyelesaikan pelatihan dibagi dengan total SDMK teregistrasi pada Sistem Satu Sehat SDMK dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 17.3.5 Jumlah Peserta Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis Rumah Sakit | Peserta pendidikan dokter spesialis berbasis Rumah Sakit pada Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSP-PU) | Menghitung jumlah Peserta pendidikan dokter spesialis berbasis Rumah Sakit pada Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSP-PU) | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Penyediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKK 17.3.6 Persentase Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan yang Menerima Beasiswa Pendidikan dengan Penempatan Sesuai Kebutuhan | Perbandingan jumlah calon dokter dan dokter gigi, calon dokter spesialis dan dokter gigi spesialis, calon dokter sub spesialis, serta tenaga kesehatan dan SDM Kesehatan penerima baru beasiswa dokter dan dokter gigi, dokter spesialis-sub spesialis dan dokter gigi spesialis, dan SDM Kesehatan dengan rencana penempatan sesuai kebutuhan dibandingkan dengan total jumlah penerima baru beasiswa dokter dan dokter gigi, dokter spesialis-subspesialis dan dokter gigi spesialis, dan SDM Kesehatan | Jumlah penerima baru beasiswa dokter dan dokter gigi, dokter spesialis-subspesialis dan dokter gigi spesialis, dan SDM Kesehatan dengan rencana penempatan sesuai kebutuhan dibagi dengan total jumlah penerima baru beasiswa dokter dan dokter gigi, dokter spesialis-subspesialis dan dokter gigi spesialis, dan SDM Kesehatan dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Penyediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 17.3.7 Persentase Peserta Didik Poltekkes Kemenkes yang Lulus Uji Kompetensi | Perbandingan jumlah mahasiswa Poltekkes Kemenkes yang lulus Uji Kompetensi dengan total jumlah mahasiswa Poltekkes Kemenkes yang mengikuti Uji Kompetensi pada tahun berjalan | Jumlah mahasiswa Poltekkes Kemenkes yang lulus Uji Kompetensi dibagi dengan total jumlah mahasiswa Poltekkes Kemenkes yang mengikuti Uji Kompetensi dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Penyediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| ISS 18 Persentase belanja Kesehatan *out of pocket* | Persentase pengeluaran layanan kesehatan yang dibayar langsung oleh individu atau rumah tangga (*out-of-pocket*) dibandingkan dengan jumlah total yang dibelanjakan untuk layanan kesehatan di negara selama periode tertentu | Total belanja kesehatan *out-of-pocket* dibagi total belanja kesehatan Indonesia dikali 100% | Triwulan | Sekretariat Jenderal |
| IKP 18.1 Persentase belanja kesehatan *out of pocket* masyarakat berpengeluaran 40% terbawah | Proporsi belanja *out of pocket* masyarakat dengan pengeluaran 40% terbawah dibandingkan pengeluaran kesehatan total | Jumlah belanja *out of pocket* masyarakat dengan pengeluaran 40% terbawah dibandingkan pengeluaran kesehatan total dikali 100% | Tahunan | Sekretariat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 18.1.1 Persentase belanja kesehatan *out-of- pocket* pelayanan kesehatan kuratif masyarakat berpengeluaran 40% terbawah | Persentase belanja kesehatan yang dibayar langsung (*out-of-pocket*/OOP) oleh Masyarakat dengan pengeluaran 40% terbawah dibandingkan dengan total OOP | Cara Perhitungan : Total belanja kesehatan yang dibayar langsung (*out-of-pocket*/OOP) oleh masyarakat yang berada pada kelompok 40% penduduk dengan pengeluaran terendah (kuintil 1-2) untuk fungsi kuratif dibagi total belanja kesehatan yang dibayar langsung (out-of-pocket/OOP) masyarakat yang berada pada kelompok 40% penduduk dengan pengeluaran terendah (kuintil 1-2) dikali 100% | Tahunan | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |
| ISS 19 Persentase Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif | Persentase dari jumlah populasi yang dilindungi asuransi Kesehatan (JKN/asuransi swasta/keduanya) dan berstatus aktif | Jumlah populasi yang dilindungi asuransi Kesehatan yang berstatus aktif dibagi Jumlah populasi dikali 100% | Triwulan | Sekretariat Jenderal |
| IKP 19.1 Persentase populasi yang dilindungi oleh asuransi Kesehatan swasta | Persentase penduduk yang tercakup dalam asuransi kesehatan swasta terhadap total populasi dikurangi jumlah penduduk miskin | Jumlah orang yang tercakup dalam asuransi kesehatan swasta dibagi Jumlah total populasi dikurangi jumlah penduduk miskin dikali 100% | Tahunan | Sekretariat Jenderal |
| IKK 19.1.1 Persentase RS provider JKN yang melakukan skema selisih biaya bersama AKT | Persentase Rumah Sakit yang telah melakukan selisih penagihan pembiayaan kesehatan nya ke Asuransi Kesehatan tambahan yang dimiliki peserta JKN | Jumlah Rumah sakit yang melakukan penagihan selisih biaya AKT dibagi total RS yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dikali 100% | Tahunan | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 19.2 Persentase masyarakat miskin dan kurang mampu yang dibayarkan bantuan iuran jaminan Kesehatan | 1. Masyarakat fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta PBI JK dan dibayarkan iurannya oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Sosial.<br><br>2. Masyarakat yang terdaftar sebagai Peserta PBPU dan BP berdasarkan tagihan dari BPJS Kesehatan dilakukan diverifikasi oleh Kementerian Kesehatan untuk selanjutnya ditetapkan dalam SK Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III oleh Pemerintah Pusat, yang digunakan sebagai dasar untuk dilakukan pembayaran bantuan iuran pada bulan berikutnya oleh Kementerian Kesehatan. | 1. Jumlah peserta PBI JK berdasarkan data By Name By Address (BNBA) yang sudah didaftarkan dan dibayarkan oleh Kementerian Kesehatan dibagi jumlah peserta PBI JK berdasarkan SK Menteri Sosial dikali 100%<br><br>2. Jumlah peserta PBPU dan BP yang dibayarkan kontribusi bantuan iurannya dibagi jumlah peserta PBPU dan BP berdasarkan SK Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III yang sudah ditetapkan dan diverifikasi oleh Kementerian Kesehatan dikali 100%<br><br>3. Persentase capaian PBI ditambah persentase capaian PBPU dan BP dibagi 2 | Triwulan | Sekretariat Jenderal |
| IKK 19.2.1 Persentase peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya | Masyarakat fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta PBI JK dan dibayarkan iurannya oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Sosial. | Jumlah peserta PBI JK berdasarkan data By Name By Address (BNBA) yang sudah diverifikasi didaftarkan dan dibayarkan oleh oleh Kemenkes dibagi jumlah peserta PBI JK berdasarkan SK Menteri Sosial dikali 100 | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 19.2.2 Persentase peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya | Peserta PBPU dan BP berdasarkan tagihan dari BPJS Kesehatan dilakukan diverifikasi oleh Kementerian Kesehatan untuk selanjutnya ditetapkan dalam SK Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III oleh Pemerintah Pusat, yang digunakan sebagai dasar untuk dilakukan pembayaran bantuan iuran pada bulan berikutnya oleh Kementerian Kesehatan. | Jumlah peserta PBPU dan BP yang dibayarkan bantuan iurannya dibagi jumlah peserta PBPU dan BP berdasarkan SK Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III yang sudah ditetapkan dan diverifikasi oleh Kementerian Kesehatan dikali 100% | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |
| ISS 20 Rasio Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan terhadap populasi | Jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) yang tersedia terhadap jumlah penduduk | Jumlah Named dan Nakes (dokter, perawat, bidan) yang teregistrasi dibagi total populasi dikali 1.000 | Tahunan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKP 20.1 Persentase fasyankes yang terpenuhi SDM Kesehatan sesuai standar | Proporsi Puskesmas teregistrasi dan laik operasional yang memenuhi standar minimal jenis dan jumlah SDMK berdasarkan lingkup pelayanan fasyankes (rawat inap dan non-rawat inap) dan klasifikasi wilayah (perkotaan dan non-perkotaan) untuk RPJMN 2025-2029 dan RS milik Pemerintah Pusat dan Daerah teregistrasi dan laik operasional yang memenuhi standar minimal 7 jenis dokter spesialis (Sp.A, Sp.B, Sp.OG, Sp.PD, Sp.An, Sp.Rad, Sp.PK) dan minimal 1 jenis dokter spesialis layanan unggulan tambahan sesuai dengan jenis pelayanan unggulan pada RS Pengampu Pelayanan KJSU-KIA | Jumlah Puskesmas teregistrasi dan laik operasional sesuai kategori lingkup pelayanan fasyankes dan klasifikasi wilayah yang memenuhi standar kriteria yang ditentukan dan jumlah RS teregistrasi dan laik operasional memenuhi standar kriteria yang ditentukan dibagi total fasyankes (Puskesmas dan RS Pemerintah yang teregistrasi dan laik operasional) pada tahun baseline dikalikan 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Kriteria Puskesmas dengan SDMK memenuhi standar: Puskesmas Non-Rawat Inap: minimal terdapat masing-masing 1 dokter Sp.KKLP/dokter umum, dokter gigi/terapis gigi dan mulut, perawat, bidan, tenaga ahli gizi, tenaga ahli kesehatan masyarakat/kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha<br>Puskesmas Rawat Inap wilayah perkotaan: minimal terdapat 3 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi, apoteker/tenaga kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, terapis gigi mulut, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha<br>Puskesmas Rawat Inap wilayah non-perkotaan (pedesaan, terpencil, sangat terpencil): minimal terdapat 2 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi/terapis gigi mulut, apoteker/tenaga kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 20.1.1 Persentase Perencanaan Kebutuhan Named Nakes ditingkat Kab/kota | Persentase reviu dokumen perencanaan kebutuhan named nakes berdasarkan wilayah yang telah disusun hingga level Kab/Kota | Jumlah reviu dokumen perencanaan kebutuhan Named Nakes berd asarkan wilayah hingga level Kab/kota dibagi total jumlah dokumen perencanaan named nakes berdasarkan wilayah yang telah disusun dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKK 20.1.2 Persentase Perencanaan Kebutuhan dan Pemenuhan SDM Kesehatan di Puskesmas dan Labkesmas sesuai Standar | Persentase perencanaan kebutuhan dan pemenuhan SDM Kesehatan di puskesmas dan labkesmas yang teregistrasi untuk tahun selanjutnya yang disusun sesuai standar | Jumlah perencanaan kebutuhan dan pemenuhan SDM kesehatan untuk tahun selanjutnya di puskesmas dan labkesmas yang teregistrasi yang telah disusun sesuai standar dibagi total puskesmas dan labkesmas seluruh Indonesia dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 20.1.3 Persentase Perencanaan Kebutuhan dan Pemenuhan SDM Kesehatan di Rumah Sakit sesuai Standar | Persentase perencanaan kebutuhan dan pemenuhan SDM Kesehatan (7 dokter spesialis prioritas dan dokter spesialis pendukung layanan KJSU KIA sesuai peraturan yang berlaku) di RS Pemerintah vertikal dan RSUD Provinsi/Kota/Kab di tahun selanjutnya yang disusun sesuai standar | Jumlah perencanaan kebutuhan dan pemenuhan SDM kesehatan (7 dokter spesialis prioritas dan dokter spesialis pendukung layanan KJSU KIA sesuai peraturan yang berlaku) untuk tahun selanjutnya di RS Pemerintah vertikal dan RSUD Provinsi/Kota/Kab di tahun selanjutnya yang disusun sesuai standar dibagi seluruh RS pemerintah vertikal dan RSUD Pemda/Provinsi/Kab/Kota dikali 100%<br><br>Perhitungan rencana kebutuhan serta data dari Sistem Informasi SDM Kesehatan (data akan disandingkan untuk melihat gap antara existing dengan kebutuhan) | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 20.1.4 Persentase puskesmas dengan SDM kesehatan sesuai standar | Proporsi Puskesmas teregistrasi dan laik operasional yang memenuhi standar minimal jenis dan jumlah SDMK berdasarkan lingkup pelayanan fasyankes (rawat inap dan non-rawat inap) dan klasifikasi wilayah (perkotaan dan non-perkotaan) untuk RPJMN 2025-2029.<br><br>Kriteria Puskesmas dengan SDMK memenuhi standar:<br><br>Puskesmas Non-Rawat Inap: minimal terdapat masing-masing 1 dokter Sp.KKLP/dokter umum, dokter gigi/terapis gigi dan mulut, perawat, bidan, tenaga ahli gizi, tenaga ahli kesehatan masyarakat/kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha<br><br>Puskesmas Rawat Inap wilayah perkotaan: minimal terdapat 3 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi, apoteker/tenaga kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, terapis gigi mulut, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha | Jumlah Puskesmas teregistrasi dan laik operasional sesuai kategori lingkup pelayanan fasyankes dan klasifikasi wilayah yang memenuhi standar kriteria yang ditentukan, dibagi total Puskesmas teregistrasi dan laik operasional pada tahun baseline dikalikan 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Puskesmas Rawat Inap wilayah non-perkotaan (pedesaan, terpencil, sangat terpencil): minimal terdapat 2 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi/terapis gigi mulut, apoteker/tenaga kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha | | | |
| IKK 20.1.6 Persentase RS Pemerintah dengan Dokter Spesialis sesuai standar | Proporsi RS milik Pemerintah Pusat dan Daerah teregistrasi dan laik operasional yang memenuhi standar minimal 7 jenis dokter spesialis (Sp.A, Sp.B, Sp.OG, Sp.PD, Sp.An, Sp.Rad, Sp.PK) dan minimal 1 jenis dokter spesialis layanan unggulan tambahan sesuai dengan jenis pelayanan unggulan pada RS pengampu Pelayanan KJSU-KIA. | Jumlah RS teregistrasi dan laik operasional memenuhi standar kriteria yang ditentukan, dibagi total RS teregistrasi dan laik operasional pada tahun baseline, lalu dikalikan 100%. | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 20.1.11 Persentase tenaga medis dan tenaga kesehatan WNI lulusan luar negeri yang didayagunakan di fasyankes sesuai kebutuhan | Persentase named nakes WNI lulusan Luar negeri yang dinyatakan kompeten dan ditempatkan di fasyankes terhadap total named dan nakes WNI lulusan luar negeri yang mengajukan evaluasi kompetensi | Jumlah named dan nakes WNI lulusan luar negeri yang dinyatakan kompeten dan ditempatkan di fasyankes dibagi total named dan nakes WNI lulusan luar negeri yang mengajukan penilaian evaluasi kompetensi dikali 100% (target per tahun) | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKK 20.1.12 Persentase tenaga medis dan tenaga kesehatan WNA lulusan luar negeri yang didayagunakan di fasyankes sesuai kebutuhan | Persentase named nakes WNA lulusan Luar negeri yang dinyatakan kompeten dan ditempatkan di fasyankes terhadap total named dan nakes WNA lulusan luar negeri yang mengajukan evaluasi kompetensi | Jumlah named dan nakes WNA lulusan luar negeri yang dinyatakan kompeten dan ditempatkan di fasyankes dibagi total named dan nakes WNA lulusan luar negeri yang mengajukan penilaian evaluasi kompetensi dikali 100% (target per tahun) | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 20.1.13 Persentase tenaga medis dan tenaga kesehatan yang didayagunakan ke luar negeri | Persentase named nakes yang didayagunakan ke luar negeri dalam rangka kegiatan peningkatan kompetensi dan penempatan sebagai pekerja migran Indonesia di bidang kesehatan dalam tahun berjalan | Jumlah named nakes yang telah memenuhi syarat keberangkatan ke luar negeri dibagi jumlah yang mengikuti program penyiapan ke luar negeri melalui fasilitasi pemerintah dalam tahun berjalan dikali 100% (target per tahun) | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKK 20.1.5 Jumlah Kabupaten/Kota dengan SDM Kesehatan Puskesmas sesuai standar | Total kabupaten/kota dengan minimal 90% Puskesmas memenuhi jenis dan jumlah SDM Kesehatan sesuai standar kriteria untuk RPJMN 2024-2029.<br>Kriteria Puskesmas dengan SDMK memenuhi standar :<br>• Puskesmas Non-Rawat Inap: minimal terdapat masing-masing 1 dokter Sp.KKLP/dokter umum, dokter gigi/terapis gigi dan mulut, perawat, bidan, tenaga ahli gizi, tenaga ahli kesehatan masyarakat/kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha<br>• Puskesmas Rawat Inap wilayah perkotaan: minimal terdapat 3 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi, apoteker/tenaga kefarmasian, ahli teknologi | Jumlah kab/kota dengan proporsi Puskesmas memiliki SDM sesuai standar terhadap Puskesmas pada tahun baseline >90% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | laboratorium medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, terapis gigi mulut, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha Puskesmas<br>• Rawat Inap wilayah non-perkotaan (pedesaan, terpencil, sangat terpencil): minimal terdapat 2 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi/terapis gigi mulut, apoteker/tenaga kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha | | | |
| IKK 20.1.8 Jumlah kab/kota dengan jenis dokter spesialis pada RS Pemerintah sesuai standar | Total kabupaten/kota dengan seluruh RS milik Pemerintah pada wilayah tersebut memenuhi jenis dokter spesialis sesuai standar berdasarkan kategori pelayanan (non lokus, dan lokus pelayanan unggulan KJSU KIA).<br>Standar Spesialis pada RS non-lokus: 7 jenis dokter spesialis (Sp.A, Sp.B, Sp.OG, Sp.PD, SP.An, Sp.Rad, Sp.PK) dan minimal 1 jenis dokter spesialis layanan unggulan tambahan sesuai dengan jenis pelayanan unggulan pada RS pengampu pelayanan KJSU-KIA. | Jumlah kab/kota dengan proporsi RS memiliki dokter spesialis sesuai standar terhadap RS pada tahun baseline 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 20.1.7 Rasio dokter spesialis | Proporsi dokter spesialis teregistrasi per 1000 penduduk | Jumlah dokter spesialis teregistrasi dan aktif dibagi dengan total penduduk pada periode perhitungan dikali 1000 | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia |
| IKK 20.1.9 Persentase standar profesi dan standar kompetensi yang disusun sesuai kebutuhan | Persentase rancangan/draft final standar profesi dan standar kompetensi yang disusun sesuai kebutuhan pada tahun berjalan | Numerator (x)Jumlah rancangan/draft final standar profesi dan standar kompetensi yang disusun<br>Denominator (Y)Jumlah total rancangan/draft final standar profesi dan standar kompetensi yang dibutuhkan<br>Formula: (x/y) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia |
| IKK 20.1.10 Persentase STR Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang diterbitkan sesuai janji layanan | Persentase STR Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang diterbitkan Tepat Waktu Sesuai Janji Layanan setiap tahun | Numerator(x) Jumlah penerbitan STR tenaga medis dan tenaga Kesehatan yang diterbitkan<br>Denominator (Y) Jumlah seluruh STR tenaga medis dan tenaga Kesehatan yang terverifikasi<br>Formula : (x/y) x 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 20.2 Tingkat Retensi Named dan Nakes | Tingkat retensi Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN) di fasyankes pemerintah di DTPK selama periode waktu per tipe daerah selama 2 tahun | Jumlah Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang berstatus ASN di DTPK selama minimal jumlah tahun yang ditetapkan per tipe DTPK dibagi Total Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang berstatus ASN di fasyankes Pemerintah di DTPK dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKK 20.2.1 Persentase provinsi/kabupaten/ kota yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap SDM Kesehatan sesuai standar | Persentase pemerintah daerah Provinsi/Kab/kota yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap SDM Kesehatan sesuai standar | Jumlah pemerintah daerah Provinsi/Kab/kota yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap SDM Kesehatan sesuai standar dibagi seluruh kab/kota/provinsi dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pembinaan dan Pengawasan Sumber Daya Manusia Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 20.2.2 Persentase tenaga medis dan tenaga kesehatan yang di berikan tunjangan khusus di DTPK, daerah bermasalah kesehatan, dan daerah tidak di minati | Jumlah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang diberikan Tunjangan Khusus di DTPK, Daerah Bermasalah Kesehatan, dan Daerah Tidak Diminati | Jumlah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang diberikan Tunjangan Khusus di DTPK, Daerah Bermasalah Kesehatan, dan Daerah Tidak Diminati dibagi jumlah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di DTPK, Daerah Bermasalah Kesehatan, dan Daerah Tidak Diminati di kali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Direktorat Pembinaan dan Pengawasan Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| ISS 21 Proporsi jenis obat (termasuk vaksin dan produk biologi) yang dapat diproduksi dalam negeri | Proporsi jenis obat termasuk produk biologi dan vaksin dengan pemenuhan melalui produk dalam negeri yang ditargetkan dalam jangka waktu tertentu<br>Produk dalam negeri untuk obat adalah obat yang diproduksi menggunakan bahan baku produksi dalam negeri. Produk biologi dan vaksin dalam negeri adalah produk yang diproduksi di dalam negeri minimum dari tahap fill and finish. | Jumlah total jenis obat (termasuk produk biologi dan vaksin) yang diproduksi dalam negeri dibagi Jumlah jenis obat (termasuk produk biologi dan vaksin) sesuai kebutuhan yang ditargetkan dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 21.1 Proporsi jenis Bahan baku obat yang dapat diproduksi dalam negeri | Proporsi bahan baku obat dengan pemenuhan melalui produksi dalam negeri yang ditargetkan dalam jangka waktu tertentu. | Jumlah jenis bahan baku obat yang diproduksi lokal dibagi Jumlah total jenis bahan baku obat yang ditargetkan diproduksi lokal dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Sumber data: Data Kemenkes, BPOM, Industri | | |
| IKK 21.1.1 Jumlah bahan baku obat kimia prioritas yang dikembangkan dan diproduksi di dalam negeri | Jumlah bahan baku obat yang menjadi prioritas yang dikembangkan baik dari perubahan struktur, reaksi atau *transfer technology* dan diproduksi oleh industri bahan baku di dalam negeri | Jumlah bahan baku obat kimia yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri setiap tahun yang dihitung secara kumulatif<br><br>Sumber data: Data Kemenkes. BPOM, Industri | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK.21.1.2 Jumlah industri farmasi formulasi yang melaksanakan substitusi dari impor ke produk dalam negeri | Jumlah industri formulasi yang melakukan riset pengembangan/ perubahan formulasi obat dengan melakukan substitusi bahan baku obat dari impor menjadi produk dalam negeri | Jumlah industri formulasi yang melakukan perubahan formulasi obat dengan melakukan substitusi bahan baku obat dari impor menjadi produk dalam negeri yang dihitung secara kumulatif<br><br>Sumber data: Data Kemenkes. BPOM, Industri | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 21.2 Proporsi jenis produk biologi dan vaksin yang dapat diproduksi dalam negeri | Proporsi jenis produk biologi dan vaksin dengan pemenuhan melalui produk dalam negeri yang ditargetkan dalam jangka waktu tertentu. Produk biologi dalam negeri adalah produk yang diproduksi di dalam negeri minimum dari tahap fill and finish | Jumlah jenis produk biologi dan vaksin program prioritas yang diproduksi lokal dibagi jumlah jenis produk biologi yang ditargetkan untuk diproduksi lokal dikali 100%<br><br>Data Kemenkes. BPOM, Industri | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 21.2.1 Jumlah produk biologi dan vaksin yang dikembangakan dan diproduksi dalam negeri | Jumlah pengembangan produk biologi yang dilakukan oleh industri/ lembaga, baik secara mandiri (*in-house*) maupun alih teknologi, melalui kolaborasi kemitraan dalam bidang riset dan/ atau produksi | Total jumlah pengembangan produk (*in-house*) dan jumlah perjanjian kerja sama alih teknologi per tahun yang dihitung secara kumulatif<br><br>Sumber data: industri, BPOM dan kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 21.3 Proporsi jenis obat molekul baru yang dapat diproduksi dalam negeri | Proporsi obat jadi dengan molekul bahan baku obat baru yang dapat di produksi di Indonesia | Jumlah jenis obat jadi dengan molekul bahan baku obat baru yang diproduksi lokal dibagi Jumlah total jenis obat jadi yang ditargetkan diproduksi lokal dikali 100%<br><br>Sumber data: industri, BPOM dan kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 21.3.1 Jumlah obat molekul baru yang masih dalam masa paten dapat diproduksi di dalam negeri | Jumlah jenis produk jadi sediaan farmasi baru dengan bahan baku dalam perlindungan hak cipta yang dikembangkan untuk diproduksi di dalam negeri. | Jumlah pengembangan sediaan farmasi baru dengan bahan baku yang masih dalam perlindungan paten, secara kumulatif.<br><br>Sumber data:industri, BPOM dan kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 21.3.2 Jumlah obat molekul baru yang masih telah habis masa paten dapat diproduksi di dalam negeri | Jumlah jenis produk jadi sediaan farmasi baru dengan bahan baku telah habis perlindungan hak cipta yang dikembangkan untuk diproduksi di dalam negeri. | Jumlah pengembangan sediaan farmasi baru dengan bahan baku yang telah *off paten*, secara kumulatif.<br><br>Sumber data: industri, BPOM dan kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| IKP 21.4 Proporsi jenis obat herbal terstandar dan fitofarmaka yang dikembangkan dalam negeri | Penambahan produk obat bahan alam baru yang ditargetkan dalam negeri yang telah mendapatkan persetujuan pelaksanaan uji praklinis atau uji klinis sebagai obat herbal terstandar atau fitofarmaka | Jumlah obat herbal terstandar dan fitofarmaka yang dikembangkan lokal yang telah mendapatkan persetujuan pelaksanaan uji praklinis atau uji klinis dibagi jumlah jenis obat herbal terstandar dan fitofarmaka yang ditargetkan untuk diproduksi lokal dikali 100%<br><br>Sumber data: Data Kemenkes, BPOM, Industri | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 21.4.1 Jumlah penelitian obat bahan alam dan fitofarmaka yang dihilirisasi | Jumlah penelitian OBA yang dihilirisasi baik dari lembaga penelitian/perguruan tinggi dengan Industri Obat Tradisional (IOT) ataupun jenis penelitian yang dibutuhkan oleh IOT dari lembaga penelitian/perguruan tinggi melalui perjanjian kerjasama | Jumlah dokumen perjanjian kerjasama penelitian OBA antara lembaga penelitian/perguruan tinggi dengan industri obat tradisional yang dihitung secara kumulatif<br><br>Sumber data: industri, BPOM dan kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 21.4.2 Jumlah fasyankes yang menggunakan obat bahan alam (OBA) | Meningkatnya jumlah Fasyankes yang menggunakan obat herbal terstandar dan fitofarmaka setiap tahunnya | Penambahan jumlah fasyankes yang menggunakan obat herbal terstandar dan fitofarmaka dari tahun sebelumnya | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Sumber data: Data Kemenkes, Industri, Dinas Kesehatan Provinsi | | |
| ISS 22 Proporsi jenis alkes yang dapat diproduksi dalam negeri | Persentase jenis alat kesehatan sesuai kebutuhan yang ditargetkan yang dipenuhi melalui produk dalam negeri dalam jangka waktu tertentu | Jumlah total jenis alat kesehatan yang diproduksi secara dalam negeri dibagi jumlah alat Kesehatan yang ditargetkan untuk diproduksi dalam negeri dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 22.1 Proporsi Alkes berteknologi rendah menengah yang dapat diproduksi dalam negeri | Proporsi alkes berteknologi rendah dan menengah dengan pemenuhan produksi dalam negeri yang ditargetkan dalam jangka waktu tertentu | Jumlah jenis produk alkes berteknologi rendah dan menengah yang diproduksi dalam negeri dibagi jumlah produk alkes berteknologi rendah dan menengah yang ditargetkan untuk diproduksi lokal, dikali 100%<br><br>Sumber data:Industri, kemenkes | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 22.1.1 Jumlah pengembangan atau transfer teknologi dengan teknologi rendah-menengah yang diproduksi dalam negeri | Jumlah pengembangan alat kesehatan berteknologi rendah dan menengah yang dilakukan oleh industri/ lembaga, baik secara mandiri (*in-house*) maupun alih teknologi, melalui *reverse engineering, joint operation* atau skema lainnya | Total jumlah pengembangan alat kesehatan berteknologi rendah dan menengah produk dalam negeri per tahun yang dihitung secara kumulatif | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 22.2 Proporsi Alkes berteknologi tinggi yang dapat diproduksi dalam negeri | Proporsi alkes berteknologi tinggi dengan pemenuhan produksi dalam negeri yang ditargetkan dalam jangka waktu tertentu | Jumlah jenis produk alkes berteknologi tinggi yang diproduksi dalam negeri dibagi jumlah produk alkes berteknologi tinggi yang ditargetkan untuk diproduksi lokal dikali 100%<br><br>Sumber data: Data Kemenkes, Industri | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 22.2.1 Jumlah pengembangan atau transfer teknologi alkes dengan teknologi tinggi yang diproduksi dalam negeri | Jumlah pengembangan alat kesehatan berteknologi tinggi yang dilakukan oleh industri/ lembaga, baik secara mandiri (*in-house*) maupun alih teknologi, melalui *reverse engineering, joint operation* atau skema lainnya | Total jumlah pengembangan alat kesehatan berteknologi tinggi produk dalam negeri per tahun yang dihitung secara kumulatif<br><br>Sumber data: Data Kemenkes, Industri | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 22.3 Pertumbuhan pemanfaatan alkes yang produksi dalam negeri dalam pelayanan kesehatan kuratif | Peningkatan penggunaan (transaksi) alat kesehatan produksi dalam negeri untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan | Peningkatan penggunaan (transaksi) alkes produksi dalam negeri dibagi jumlah penggunaan alkes total pada pelayanan kesehatan dikali 100%<br><br>Sumber data: data Kemenkes, LKPP | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 22.3.1 Jumlah fasyankes yang memiliki proporsi alkes esensial PDN diatas 30% | Jumlah fasyankes yang sudah menggunakan alat kesehatan dalam negeri, dengan proporsi di atas 30%, dilihat dari transaksi pembelian alat kesehatan | Jumlah kumulatif fasyankes yang sudah melakukan transaksi alat kesehatan dalam negeri dengan proporsi di atas 30%, diukur setiap tahun<br><br>Sumber data: Data Kemenkes, LKPP | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ISS 23 Indeks Alat Kesehatan memenuhi Standar | Ukuran untuk menilai tingkat pemenuhan standar keamanan, mutu dan kemanfaatan alat kesehatan berdasarkan hasil penilaian pre market dan pengawasan post market. | Indeks keamanan alat Kesehatan dihitung dari penjumlahan seluruh indeks indikator pembentuk.<br>Indeks indikator pembentuk dihitung dengan mengalikan bobot indikator (%) dengan persen realisasi dan capaian indikator | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 23.1 Proporsi alat kesehatan yang memenuhi persyaratan pre-market | Persentase kesesuaian permohonan penilaian premarket alat Kesehatan, alat diagnostic in-vitro, dan perbekalan Kesehatan rumah tangga sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan | Jumlah permohonan izin edar alkes, diagnostik in-vitro dan perbekalan Kesehatan rumah tangga yang disetujui/ Jumlah permohonan yang masuk yang selesai dievaluasi dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.1.1 Proporsi alat kesehatan yang memenuhi persyaratan pre-market | Persentase kesesuaian permohonan penilaian premarket alat Kesehatan, alat diagnostic in-vitro, dan perbekalan Kesehatan rumah tangga sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan | Jumlah permohonan izin edar alkes, diagnostik in-vitro dan perbekalan Kesehatan rumah tangga yang disetujui/ Jumlah permohonan yang masuk yang selesai dievaluasi dikali 100%<br><br>Sumber data: data perizinan prodis alkes | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.1.2 Persentase penilaian izin edar Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga sesuai janji layanan | Persentase permohonan yang selesai dievaluasi sesuai dengan janji layanan (jangka waktu penilaian dan verifikasi persyaratan administrasi dan teknis untuk alat kesehatan, alat kesehatan diagnostik in vitro dan PKRT) | Jumlah permohonan izin edar yang selesai dievaluasi sesuai dengan janji layanan dibagi jumlah permohonan masuk yang selesai dievaluasi dikali 100%<br>Sumber data: data perizinan prodis alkes | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 23.1.3 Persentase penilaian Izin Distribusi Alat Kesehatan sesuai janji layanan | Persentase permohonan yang selesai dievaluasi sesuai dengan janji layanan (jangka waktu penilaian dan verifikasi persyaratan administrasi dan teknis untuk Izin Distribusi Alat Kesehatan) | Jumlah permohonan Izin Distribusi Alat Kesehatan yang selesai dievaluasi sesuai dengan janji layanan dibagi jumlah permohonan masuk yang selesai dievaluasi dikali 100%<br><br>Sumber data: data perizinan prodis alkes | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 23.2 Indeks alat Kesehatan di peredaran yang memenuhi persyaratan *post-market* | Ukuran untuk menilai tingkat pemenuhan persyaratan alat kesehatan berdasarkan hasil pengawasan post market alat kesehatan | - Indeks alat kesehatan di peredaran yang memenuhi persyaratan post market dihitung dari penjumlahan seluruh indeks indikator pembentuk.<br><br>- Indeks Indikator Pembentuk dihitung dengan mengalikan bobot (%) dengan persen target indikator. | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.2.1 Persentase sarana distribusi alat kesehatan yang tersertifikasi CDAKB | Jumlah sarana distribusi alat kesehatan yang tersertifikasi CDAKB dari jumlah keseluruhan sarana distribusi alat kesehatan | Jumlah sarana distribusi alat kesehatan yang tersertifikasi CDAKB<br>---------- x 100%<br>Jumlah keseluruhan sarana distribusi alat kesehatan | | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 23.2.2 Persentase sarana produksi alkes yang memenuhi standar | Perbandingan jumlah sarana produksi alat kesehatan yang konsisten memenuhi standar CPAKB dari seluruh sarana produksi alat kesehatan tersertifikasi CPAKB yang diinspeksi, | Jumlah sarana produksi alat kesehatan yang konsisten memenuhi standar CPAKB<br>---------- x 100%<br>Jumlah keseluruhan sarana produksi alat kesehatan tersertifikasi CPAKB yang diinspeksi | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.2.3 Persentase sarana distribusi alkes yang memenuhi standar | Perbandingan jumlah sarana distribusi alat kesehatan yang konsisten memenuhi standar CDAKB dari seluruh sarana distribusi alat kesehatan tersertifikasi CDAKB yang diinspeksi | Jumlah sarana distribusi alat kesehatan yang konsisten memenuhi standar CDAKB<br>---------- x 100%<br>Jumlah keseluruhan sarana distribusi alat kesehatan tersertifikasi CDAKB yang diinspeksi | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.2.6 Persentase pemilik izin edar alat kesehatan yang melaporkan *Periodic Safety Update Report* (PSUR) | Perbandingan antara jumlah pemilik izin edar alat kesehatan yang melaporkan *Periodic Safety Update Report* (PSUR) dengan jumlah keseluruhan pemilik izin edar alat kesehatan kelas B, C, dan D | Jumlah pemilik izin edar alat kesehatan yang melaporkan *Periodic Safety Update Report*<br>---------- x 100%<br>Jumlah seluruh pemilik izin edar alat kesehatan kelas B, C, dan D | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.2.4 Persentase penilaian sertifikat CPAKB dan CDAKB sesuai janji layanan | Perbandingan jumlah pelaksanaan penilaian sertifikasi CPAKB dan CDAKB yang sesuai janji layanan dari seluruh pelaksanaan penilaian sertifikasi CPAKB dan CDAKB | Jumlah pelaksanaan penilaian sertifikasi CPAKB dan CDAKB yang sesuai janji layanan<br>---------- x 100%<br>Jumlah keseluruhan pelaksanaan penilaian sertifikasi CPAKB dan CDAKB | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 23.2.5 Persentase alat Kesehatan yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan | Perbandingan antara jumlah alat kesehatan yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan dengan seluruh alkes di peredaran yang dilakukan sampling | Jumlah alat Kesehatan di peredaran yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan dibagi seluruh alkes di peredaran yang dilakukan sampling dikali 100 | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.2.12 Persentase PKRT yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan | Perbandingan antara jumlah PKRT yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan dengan seluruh PKRT di peredaran yang dilakukan sampling | Jumlah PKRT di peredaran yang memenuhi syarat pengujian dan penandaan<br>---------- x 100%<br>Jumlah keseluruhan PKRT di peredaran yang dilakukan sampling | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.2.7 Persentase *Post Marketing Surveillance Report* yang ditindaklanjuti | Perbandingan jumlah *Post Marketing Surveillance Report* (PMSR) yang ditindaklanjuti dari keseluruhan laporan *Post Marketing Surveillance Report* yang dilaporkan | Jumlah *Post Marketing Surveillance Report* yang ditindaklanjuti<br>---------- x 100%<br>Jumlah keseluruhan laporan *Post Marketing Surveillance Report* yang dilaporkan | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.2.11 Persentase penanganan keluhan alat Kesehatan dan PKRT yang diselesaikan tepat waktu | Perbandingan antara jumlah Pengaduan/keluhan terkait alat kesehatan dan PKRT yang ditangani tepat waktu sesuai dengan Permenkes 13 tahun 2017 dengan jumlah keseluruhan Pengaduan/keluhan terkait alat Kesehatan<br>dan PKRT yang diterima | Jumlah Pengaduan/keluhan terkait alat kesehatan dan PKRT yang ditangani tepat Waktu<br>---------- x 100%<br>Jumlah keseluruhan Pengaduan/keluhan terkait alat kesehatan dan PKRT yg diterima | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.2.8 Persentase RS dan puskesmas yang melakukan kalibrasi alat kesehatan | Perbandingan jumlah RS dan Puskesmas yang melakukan kalibrasi alat kesehatan dari jumlah seluruh RS dan Puskesmas yang ada di Indonesia | Jumlah RS dan Puskesmas yg melakukan kalibrasi alat kesehatan<br>---------- x 100%<br>jumlah seluruh RS dan Puskesmas di Indonesia | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 23.2.9 Persentase laboratorium uji yang mampu melakukan pengujian mutu Alkes | Perbandingan jumlah kumulatif lab uji yang mampu melakukan pengujian mutu alat kesehatan yang terakreditasi SNI ISO/IEC 17025 dari jumlah keseluruhan laboratorium yang memiliki kemampuan dan potensi uji alkes | Jumlah kumulatif lab uji yang mampu melakukan pengujian mutu alat kesehatan yang terakreditasi SNI ISO/IEC 17025<br>---------- x 100%<br>jumlah keseluruhan laboratorium yang memiliki kemampuan dan potensi uji alkes | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 23.2.10 Persentase penambahan jenis pengujian alkes | Perbandingan jumlah kumulatif penambahan jenis pengujian baru yang dapat dikembangkan dari jumlah keseluruhan target jenis pengujian alat kesehatan yang dikembangkan | Jumlah kumulatif penambahan jenis pengujian baru yang dapat dikembangkan<br>---------- x 100%<br>Jumlah keseluruhan target jenis pengujian alat kesehatan yang dikembangkan | Sumber data: Kemenkes | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| ISS 24 Nilai Kapasitas IHR dalam JEE | Peningkatan jumlah indikator dalam kerangka kerja Joint External Evaluations (JEE) dengan nilai International Health Regulations (IHR) yang baik (skor 4 dan 5) | Jumlah total indikator JEE dengan skor 4 atau lebih dibagi jumlah total indikator di bawah kerangka kerja JEE dikali 100 | Tahunan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKP 24.1 Persentase Kabupaten/Kota dengan pengendalian Kejadian Luar Biasa (KLB/wabah) | Persentase kabupaten/Kota yang melaksanakan deteksi & respon potensi KLB (Kejadian Luar Biasa)/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah, yang memenuhi 4 dari 5 kriteria berikut:<br>1. Melaksanakan respon terhadap min. 80% sinyal SKDR dalam waktu < 24 jam.<br>2. Melakukan pemetaan risiko penyakit infeksi emerging dan menyusun rekomendasinya. | Jumlah Kabupaten/Kota yang memenuhi 4 dari 5 kriteria Indikator Komposit dibagi total Kabupaten/Kota dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3. Mempunyai kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi wabah.<br>4. Puskesmasnya melaksanakan Surveilans dan intervensi Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit .<br>5. Memiliki kapasitas surveilans berbasis laboratorium dan mendeteksi penyakit potensial KLB/Wabah dan/atau faktor risiko kesehatan. | | | |
| IKK 24.1.1 Kabupaten/kota yang merespon sinyal SKDR <24 jam minimal 80% | Jumlah Kabupaten/kota yang melaksanakan respon verifikasi terhadap sinyal yang muncul di SKDR dalam waktu < 24 jam minimal 80%. | Kumulasi Jumlah Kabupaten/kota yang melaksanakan respon verifikasi terhadap sinyal yang muncul di SKDR dalam waktu < 24 jam minimal 80%. | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |
| IKK 24.1.2 Kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko penyakit infeksi emerging dan rekomendasinya | Kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko penyakit infeksi emerging dan menyusun rekomendasi tindak lanjutnya | Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko dan menyusun rekomendasi tindak lanjut dibagi jumlah total kabupaten/kota dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 24.1.3 Rumah Sakit yang melaksanakan Surveilans Penyakit Infeksi Emerging (PIE) | RS lokus Sentinel PIE yang melaksanakan surveilans PIE berdasarkan 6 kelompok Sindrom (6 Sindrom PIE: Sindrom Pernapasan Akut Berat, Sindrom Kuning Akut dengan Demam, Sindrom Lumpuh Layu Akut, Sindrom Ensefalitis Akut, Sindrom Demam Berdarah Virus, Sindrom Ruam Akut)<br>34 target RS lokus sentinel PIE | Jumlah RS lokus yang melaksanakan surveilans PIE dibagi jumlah total RS lokus dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |
| IKK 24.1.4 Kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah | Kabupaten/kota yang mempunyai dokumen rencana Kontijensi kesiapsiagaan dalam penanggulangan penyakit dan/atau masalah kesehatan berpotensi KLB/Wabah | Jumlah kabupaten/kota yang mempunyai dokumen rencana Kontijensi kesiapsiagaan dalam penanggulangan penyakit dibagi jumlah total kabupaten/kota dikali 100%<br><br>Sumber data: Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |
| IKK 24.1.5 Kab/kota yang puskesmasnya melaksanakan surveilans dan intervensi vektor & binatang pembawa penyakit | Kabupaten/kota yang 50% puskesmasnya melaksanakan kegiatan surveilans dan intervensi vektor dan binatang pembawa penyakit | Jumlah kabupaten/kota yang 50% puskesmasnya melaksanakan kegiatan surveilans dan intervensi vektor dan binatang pembawa penyakit dibagi jumlah total kabupaten atau kota dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 24.1.6 Kabupaten/kota yang mampu mendeteksi penyakit potensial wabah/KLB/KKM dan/atau faktor risikonya berbasis laboratorium | Kabupaten/kota yang memiliki kapasitas surveilans berbasis laboratorium dan mendeteksi minimal 5 penyakit potensial KLB/wabah dan/atau faktor risiko kesehatan | Jumlah kabupaten atau kota yang memiliki kapasitas surveilans berbasis laboratorium dibagi jumlah total kabupaten atau kota) dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |
| IKP 24.2 Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan | Persentase faktor risiko yang ditemukan pada orang, alat angkut, dan barang yang dilakukan tindakan pengendalian di pintu masuk negara maupun pelabuhan/bandara domestik | Jumlah faktor risiko yang dikendalikan dibagi jumlah faktor risiko yang ditemukan dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 24.2.1 Persentase pintu masuk yang melaksanakan deteksi penyakit dan faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah | Persentase pintu masuk yang melaksanakan deteksi penyakit dan faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah | Jumlah Pintu masuk negara (pelabuhan/ bandar udara/PLBN) maupun pelabuhan/ bandara domestik yang melakukan pemeriksaan terhadap alat angkut, orang, barang, dan lingkungan dalam rangka deteksi dan respon terhadap penyakit dan faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah dibagi dengan seluruh pintu masuk negara maupun pelabuhan/ bandara domestik dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - UPT Balai Kekarantinaan Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 24.2.2 Persentase pintu masuk yang memiliki kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah | Persentase pintu masuk yang memiliki kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/Wabah | Pintu masuk negara maupun pelabuhan/ bandara domestik yang memiliki dokumen rencana kontingensi kesiapsiagaan dalam penanggulangan penyakit dan/atau masalah kesehatan berpotensi KLB/Wabah dibagi dengan seluruh pintu masuk negara maupun pelabuhan/ bandara domestik dikali 100% | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan |
| IKP 24.3 Persentase Kab/Kota yang mampu dalam melakukan penanggulangan krisis kesehatan dan penanggulangan gawat darurat terpadu | Jumlah kab/ko memi liki sumber daya dalam melakukan penanggulangan krisis kesehatan dan kegawatdaruratan. Sumber daya yang dimiliki yaitu: Tenaga Cadangan Kesehatan terlatih, dan Rumah Sakit aman bencana | Jumlah kab/Kota memi liki sumber daya dalam melakukan penanggulangan krisis kesehatan dan kegawatdaruratan dibagi Jumlah Kab/Kota dikali 100%<br><br>Sumber data: Dari sistem informasi TCK dan data internal Pusat Krisis Kesehatan | Triwulan | Sekretariat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 24.3.1 Persentase Kab/Kota yang memiliki SDM kesehatan yang terlatih dan terintegrasi dalam Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan | Persentase kab/ko yang SDM kesehatannya mendapatkan peningkatan kapasitas terkait manajemen krisis Kesehatan minimal 1 kali dalam 1 tahun dan teregistrasi dalam SI TCK. SDM yang dilatih per Kab/Kota minimal 7 orang | Jumlah kumulatif kab/kota setiap tahun yang SDM kesehatannya mendapatkan peningkatan kapasitas terkait manajemen krisis Kesehatan dan teregistrasi dalam Sistem informasi tenaga cadangan Kesehatan / jumlah kab/kota seluruh Indonesia dikali 100%<br><br>Sumber data: Dari sistem informasi TCK yang terintegrasi dengan NCC (dashboard NCC) dan data internal Pusat Krisis Kesehatan. Data PSC yang terintergrasi ke NCC di tahun 2024 sebanyak 55 kab/kota | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Krisis Kesehatan |
| IKK 24.3.2 Persentase rumah sakit di Prov/Kab/Kota rawan bencana yang memiliki hospital disaster plan dan disimulasikan | Persentase rumah sakit di prov/kab/kota dengan indeks risiko bencana tinggi yang mendapatkan pendampingan dalam penyusunan hospital disaster plan dan sudah disimulasikan minimal 1 kali dalam 1 tahun | Jumlah rumah sakit di prov/kab/kota dengan indeks risiko bencana tinggi yang mendapatkan pendampingan dalam penyusunan hospital disaster plan dan sudah disimulasikan minimal 1 kali dalam 1 tahun /192 dikali 100%<br><br>Data Indeks Risiko bencana Indonesia (IRBI) BNPB, data RS dari Yankes | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Krisis Kesehatan |
| IKP 24.4 Persentase Kab/Kota yang memiliki *Public Safety Center* (PSC) dengan | PSC di daerah rawan kecelakaan yang terintegrasi dengan NCC dan memiliki waktu respons dalam melakukan penanganan kegawatdaruratan medis rata-rata kurang dari | Jumlah PSC kabupaten/kota rawan kecelakaan yang terintegrasi dengan NCC dan memiliki waktu respons dalam melakukan penanganan | Triwulan | Sekretariat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| kemampuan dalam penanganan kegawatdaruratan terpadu | 25 menit dan mendapatkan pelatihan penanganan kegawatdaruratan medis minimal 1x dalam 1 tahun. Daerah kecelakaan berdasarkan data Bappenas tahun 2023 (54 Kab/Kota) | kegawatdaruratan medis rata-rata kurang dari 25 menit dan mendapatkan pelatihan penanganan kegawatdaruratan medis minimal 1x dalam 1 tahun dibagi dengan 54 Kab/kota daerah rawan kecelakaan dikali 100%<br><br>Sumber data: Sistem Informasi Public Safety Center (PSC) Pusat Krisis Kesehatan<br>Data Laporan evaluasi pelaksanaan perpres No.1 Tahun 2022 tentang RUNK LLAHJ | | |
| IKK 24.4.1 Persentase Kab/Kota yang memiliki PSC yang terintegrasi dengan NCC | Persentase kab/kota yang memiliki *Public Safety Center* (PSC) yang terintegrasi dengan *National Command Center* (NCC) | Jumlah kumulatif kab/kota setiap tahun kab/kota yang memiliki *Public Safety Center* (PSC) terintegrasi dengan *National Command Center* (NCC) / jumlah kab/kota seluruh Indonesia dikali 100%<br><br>Sumber data: Dari sistem informasi Public safety center dan data internal Pusat Krisis Kesehatan | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Krisis Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 24.4.2 Persentase *Public Safety Center* (PSC) Kab/Kota yang mampu melakukan respons penanganan kegawatdaruratan medis pra rumah sakit sesuai standar waktu respons | Waktu Respons PSC dalam melakukan penanganan kegawatdaruratan medis pra rumah sakit rata-rata kurang dari 25 menit (KMK No Hk.01.07/Menkes/1588/2024 tentang Pedoman SPGDT), diukur melalui sistem informasi PSC.<br>Waktu respons adalah waktu yang dihitung mulai dari telepon masyarakat diterima operator call center sampai ambulans datang ke lokasi. | Jumlah PSC kabupaten/kota yang memiliki waktu respon rata-rata ≤ 25 menit dalam melakukan penanganan kegawatdaruratan medis pra rumah sakit dibagi dengan 54 kab/kota yang memiliki daerah rawan kecelakaan berdasarkan data Bappenas 2023 dikali 100%<br><br>Sumber data: Sistem Informasi Public Safety Center (PSC) Pusat Krisis Kesehatan | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Krisis Kesehatan |
| IKP 24.5 Kabupaten/kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang kesehatan | Kabupaten/kota yang memfasilitasi minimal 2 desa/kelurahan sehat iklim dan mempunyai rencana kontijensi bidang Kesehatan lingkungan | Jumlah kabupaten atau kota yang memfasilitasi minimal 2 desa/kelurahan sehat iklim dan mempunyai rencana kontijensi bidang Kesehatan lingkungan dibagi jumlah total kabupaten atau kota di seluruh Indonesia dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 24.5.1 Desa/kelurahan sehat iklim | Desa/kelurahan yang memiliki Tim Kerja Masyarakat, Rencana Kerja Masyarakat dan Intervensi perilaku/Sarana/KIE | Jumlah desa/kelurahan yang memiliki Tim Kerja Masyarakat, Rencana Kerja Masyarakat dan Intervensi perilaku/Sarana/KIE | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 24.5.2 Persentase penurunan kasus penyakit sensitif iklim | Persentase penurunan kasus penyakit sensitif iklim (malaria, diare, pneumonia dan DBD) dalam 1 tahun | Persentase kasus selamat dari penyakit yang menjadi target capaian tahunan | Tahunan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Penyakit Menular |
| ISS 25 Kabupaten/Kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan | Jumlah Kab/kota dengan kualitas air minum, kualitas udara dalam ruang, kualitas pangan yang memenuhi syarat serta merupakan kab/kota sehat | Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat di 70% sarana air minum dan 30% rumah tangga, jumlah KLB keracunan pangan di bawah 5, kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat di 70% tempat fasilitas umum dan 30% pemukiman serta 70% capaian nilai tatanan KKS | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKP 25.1 Kabupaten/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat | Kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat (E-Coli dan 4 parameter kimia tertentu) di 70% Sarana Air Minum dan 30% air minum rumah tangga | Jumlah kumulatif Kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat (E-Coli dan 4 parameter kimia tertentu) di 70% Sarana Air Minum dan 30% air minum rumah tangga | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 25.1.1 Kabupaten/kota yang melaksanakan pengawasan kualitas air minum pada sarana air minum memenuhi syarat | Kabupaten/kota dengan 70% Sarana Air Minum dengan kualitas air minum memenuhi syarat | Jumlah kabupaten/kota dengan 70% Sarana Air Minum dengan kualitas air minum memenuhi syarat | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 25.1.2 Kabupaten/kota dengan hasil surveilans kualitas air minum tingkat rumah tangga memenuhi syarat | Kabupaten/kota dengan 30% hasil surveilans kualitas air minum tingkat rumah tangga memenuhi syarat (E-Coli dan 4 parameter kimia tertentu) | Jumlah kabupaten/kota dengan 30% hasil surveilans kualitas air minum tingkat rumah tangga memenuhi syarat (E-Coli dan 4 parameter kimia tertentu) | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| IKP 25.2 Jumlah KLB Keracunan Pangan | Jumlah kejadian dimana terdapat dua orang atau lebih yang menderita sakit dengan gejala yang sama atau hampir sama setelah mengonsumsi Pangan, dan berdasarkan analisis epidemiologi, Pangan tersebut terbukti sebagai sumber keracunan. | Jumlah kejadian KLB keracunan pangan dalam satu tahun berdasarkan data SKDR. | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 25.2.1 Kabupaten/Kota dengan tempat pengelolaan pangan siap saji memenuhi syarat | Kab/kota dengan 70% Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) siap saji memenuhi syarat pengelolaan pangan meliputi hasil inspeksi kesehatan lingkungan (IKL) minimal 80, peningkatan kapasitas penjamah pangan,dan pemeriksaan pangan | Jumlah kumulatif Kab/kota dengan 70% Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) siap saji memenuhi syarat pengelolaan pangan meliputi hasil inspeksi kesehatan lingkungan (IKL) minimal 80, peningkatan kapasitas penjamah pangan, dan pemeriksaan pangan | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| IKK 25.2.2 Kab/kota dengan persentase pangan olahan siap saji memenuhi syarat (POSS) | Kabupaten/kota dengan 70% hasil pemeriksaan POSS pada TPP siap saji rumah tangga yang ditetapkan, memenuhi syarat (higiene dan kimia terbatas) | Kabupaten/kota dengan 70% hasil pemeriksaan POSS pada TPP siap saji rumah tangga yang ditetapkan, memenuhi syarat (higiene dan kimia terbatas) | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 25.3<br>Kabupaten/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat | Kabupaten/Kota dengan kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat di 70% tempat fasilitas umum dan 30% pemukiman yang memenuhi syarat | Jumlah kumulatif Kabupaten/Kota dengan kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat di 70% tempat fasilitas umum dan 30% pemukiman yang memenuhi syarat | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 25.3.1<br>Kabupaten/kota yang kualitas udara dalam ruang di permukiman memenuhi syarat | Kabupaten/kota dengan kualitas udara dalam ruang (PM2.5) di perumahan/ permukiman memenuhi syarat | Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan kualitas udara dalam ruang (PM2.5) di perumahan/ permukiman memenuhi syarat | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| IKP 25.4<br>Kabupaten/Kota sehat | Kabupaten/kota dengan capaian nilai minimal 70% untuk setiap tatanan Kabupaten Kota Sehat (KKS) | Kabupaten/kota dengan capaian nilai minimal 70% untuk setiap tatanan Kabupaten Kota Sehat (KKS), dibagi total Kab/Kota, dikali 100 | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 25.4.1<br>Kabupaten/kota dengan fasyankes yang memenuhi syarat kesehatan lingkungan | Kabupaten/kota yang fasyankes (Rumah Sakit dan Puskesmas) minimal 50% memenuhi layanan air, sanitasi, kelola limbah, higiene dan kebersihan sesuai standar peraturan yang berlaku | Jumlah kumulatif kabupaten/kota yang fasyankes (Rumah Sakit dan Puskesmas) minimal 50% memenuhi layanan air, sanitasi, kelola limbah, higiene dan kebersihan sesuai standar peraturan yang berlaku | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 25.4.2 Kabupaten/kota dengan tempat fasilitas umum yang memenuhi syarat | Kabupaten/kota dengan 30% Tempat Fasilitas Umum (TFU) prioritas meliputi : sekolah, pasar, terminal, pelabuhan, bandara, dan akomodasi yang memenuhi syarat Inspeksi Kualitas Lingkungan dan pemeriksaan/uji kualitas Kesehatan lingkungan | Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan 30% Tempat Fasilitas Umum (TFU) prioritas meliputi : sekolah, pasar, terminal, pelabuhan, bandara, dan akomodasi yang memenuhi syarat Inspeksi Kualitas Lingkungan dan pemeriksaan/uji kualitas Kesehatan lingkungan | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Direktorat Kesehatan Lingkungan |
| ISS 26 Persentase Provinsi dan kab/kota yang menyelaraskan perencanaan pembangunan dan mencapai target tahunan pembangunan | Persentase Provinsi dan kab/kota yang:<br>a. telah menerjemahkan minimal 75% indikator PP RPJMN pilihan (15 Indikator PP terpilih) sebagai indikator Pembangunan Daerah dalam RPJMD dan/atau Renstra Dinas Kesehatan tahun 2025-2029<br>b. Dapat mencapai target tahunan indikator yang tercantum pada poin a dalam dokumen perencanaan tahunan (RKPD/Renja bidang Kesehatan) T-1 | Persentase Provinsi dan kab/kota yang<br>a) telah menerjemahkan minimal 75% indikator PP RPJMN pilihan (15 Indikator PP terpilih) sebagai indikator Pembangunan Daerah dalam RPJMD dan/atau Renstra Dinas Kesehatan tahun 2025-2029 serta<br>b) dapat mencapai target tahunan indicator yang tercantum pada poin a<br><br>Unit populasi: 546 (provinsi dan kab/kota) | Tahunan | Sekretariat Jenderal |
| IKP 26.1 Persentase Provinsi dan kab/kota yang sudah mengintegrasikan indikator prioritas nasional kesehatan dalam dokumen perencanaan daerah | Persentase Provinsi dan kab/kota yang telah menerjemahkan minimal 75% indikator PP RPJMN pilihan (15 Indikator PP terpilih) sebagai indikator Pembangunan Daerah dalam RPJMD/Renstra Dinas Kesehatan tahun 2025-2029 | Persentase Provinsi dan kab/kota yang memiliki indikator Pembangunan yang telah menerjemahkan minimal 75% indikator PP RPJMN pilihan (15 Indikator PP terpilih) sebagai indikator Pembangunan Daerah dalam RPJMD/Renstra Dinas Kesehatan tahun 2025-2029<br><br>Sumber data: Kemenkes | Tahunan | Sekretariat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 26.1.1 Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang memiliki dokumen perencanaan sesuai RIBK | Persentase Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota yang didampingi dalam menyusun dokumen perencanaan anggaran tahunan sesuai dengan RIBK dan SPM Kesehatan | Jumlah Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota yang Menyusun Renja sesuai Permendagri 86 Tahun 2017, RIBK dan SPM Kesehatan dibagi dengan Jumlah 210 Provinsi/Kabupaten/Kota yang mempunyai evidence (stunting, TB) dikali 100%<br><br>Sumber data: Kemenkes | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Perencanaan dan Anggaran |
| IKP 26.2 Persentase daerah yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana kesehatan nasional | Persentase daerah (provinsi/kab/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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) | Jumlah daerah (provinsi/kab/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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) dibagi dengan jumlah total daerah (provinsi/kab/kota) dikali 100 (target capaian dihitung kumulatif) | Tahunan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 26.2.1 Persentase provinsi yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional | Persentase provinsi 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) | Jumlah provinsi 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) dibagi dengan jumlah total provinsi dikali 100 (target capaian dihitung kumulatif) | Tahunan | Sekretariat Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| IKK 26.2.2 Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional bidang upaya kesehatan | 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) bidang upaya kesehatan | Jumlah 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) bidang upaya kesehatan dibagi dengan jumlah total kabupaten/kota dikali 100 (target capaian dihitung kumulatif) | Tahunan | Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan |
| IKK 26.4.1 Persentase analisis kebijakan di | Hasil analisis kebijakan berupa rekomendasi kebijakan baru, evaluasi kebijakan, hasil kajian dan analisis rancangan peraturan | Menghitung jumlah hasil analisis kebijakan berupa rekomendasi kebijakan baru, evaluasi kebijakan, | Tahunan | Pusat Kebijakan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| bidang Upaya Kesehatan | perundang-undangan bidang Kesehatan (RUU, RPP, RPerpres, dan RPMK) di bidang upaya kesehatan | 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 | | Upaya Kesehatan |
| IKK 26.2.3 Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional bidang sistem ketahanan kesehatan | 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) bidang sistem ketahanan kesehatan | Jumlah 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) bidang sistem ketahanan kesehatan dibagi dengan jumlah total kabupaten/kota dikali 100 (target capaian dihitung kumulatif) | Tahunan | Pusat Kebijakan Sistem Ketahanan Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 26.2.4 Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional bidang sistem sumber daya kesehatan | 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) bidang sistem sumber daya kesehatan | Jumlah 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) bidang sistem sumber daya kesehatan dibagi dengan jumlah total kabupaten/kota dikali 100 (target capaian dihitung kumulatif) | Tahunan | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |
| IKK 26.2.5 Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan yang mendukung indikator rencana Kesehatan nasional bidang strategi dan tata kelola kesehatan global | 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) bidang strategi dan tata kelola kesehatan global | Jumlah 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 sejak dikeluarkannya Peraturan Presiden tentang RIBK yang mendukung minimal salah satu indikator rencana kesehatan nasional (indikator mandatory RIBK) bidang strategi dan tata kelola kesehatan global dibagi dengan jumlah total kabupaten/kota dikali 100 (target capaian dihitung kumulatif) | Tahunan | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 26.3 Persentase Kab/Kota dengan Capaian SPM Kesehatan minimal 90% | Persentase kab/kota yang berhasil memenuhi atau melebihi standar pelayanan bidang kesehatan yang telah ditetapkan (sumber penarikan data T-1), yang menunjukkan kualitas pelayanan publik di Tingkat kabupaten/kota | Jumlah kab./kota dengan capaian SPM Kesehatan yang mencapai atau melampaui 90% dibagi jumlah kab/kota dikali 100 | Tahunan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| IKK 26.3.1 Persentase capaian SPM Kesehatan kab/kota yang telah divalidasi | Proporsi jumlah capaian standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan kabupaten/kota yang telah dilakukan validasi | Jumlah kab/kota dengan capaian SPM Kesehatan yang telah divalidasi dibagi dengan jumlah kab/kota dengan capaian SPM dikali 100 | Tahunan | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |
| IKP 26.4 Nilai kualitas kebijakan Kementerian Kesehatan | Nilai dari hasil pengukuran kualitas kebijakan terhadap peraturan Menteri Kesehatan yang diterbitkan 3 tahun terakhir dan telah diimplementasikan efektif minimal 1 tahun dari tahun pelaksanaan pengukuran | Menghitung Nilai Kebijakan untuk kebijakan setingkat Menteri yang bersifat mengatur (regeling) yang dilakukan oleh LAN yang diterbitkan dalam 3 tahun terakhir dan telah diimplementasikan secara efektif minimal 1 tahun dari tahun pelaksanaan pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan (IKK) | Tahunan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 26.4.2 Persentase analisis kebijakan di bidang Sistem Ketahanan Kesehatan | 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 sistem ketahanan kesehatan | 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 sistem ketahanan 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 sistem ketahanan kesehatan yang disusun di tahun berjalan dikali 100 | Tahunan | Pusat Kebijakan Sistem Ketahanan Kesehatan |
| IKK 26.4.3 Persentase analisis kebijakan di bidang Sistem Sumber Daya Kesehatan | 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 sistem sumber daya kesehatan | 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 sistem sumber daya 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 sistem sumber daya kesehatan yang disusun di tahun berjalan dikali 100 | Tahunan | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 26.4.4 Persentase analisis kebijakan di bidang Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global | 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 strategi dan tata kelola kesehatan global | 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 strategi dan tata kelola kesehatan global 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 strategi dan tata kelola kesehatan global yang disusun di tahun berjalan dikali 100 | Tahunan | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |
| ISS 27 Rasio belanja kesehatan kesehatan per kapita terhadap HALE | Rasio belanja Kesehatan per kapita terhadap HALE menunjukan berapa total belanja Kesehatan yang dikeluarkan untuk setiap penduduk untuk setiap tahun hidup sehat | Perhitungan menggunakan rumus HE dibagi dengan HALE. Adapun angka HE menggunakan mata uang USD ($) untuk mempermudah komparasi dengan peer/global dengan kurs $1 = Rp15.400 sesuai kurs APBN 2025. HALE menggunakan target 65 tahun sesuai dengan yang ditargetkan dalam dokumen RIBK. | Tahunan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| IKP 27.1 Pengeluaran Kesehatan total per kapita | Pengeluaran yang digunakan untuk kesehatan dari seluruh sumber pendanaan dibandingkan dengan jumlah populasi pada periode waktu tertentu. | Jumlah pengeluaran untuk kesehatan total dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang ditentukan. | Tahunan | Sekretariat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 27.1.1 Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor publik | Pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor publik (Kemenkes, KL lain, Pemda, Asuransi kesehatan sosial) pada tahun t dibandingkan dengan t-1 | Pengeluaran Kesehatan dari sektor publik tahun t dikurangi t-1 dibagi Pengeluaran sektor publik t-1 dikali 100%<br><br>Sumber data: BPJS Kesehatan +BPJS Tenaga Kerja | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |
| IKK 27.1.2 Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor non publik | Persentase pertumbuhan belanja Kesehatan dari sektor swasta di luar OOP | Pengeluaran Kesehatan dari sektor swasta (diluar OOP) tahun ini dikurang tahun sebelumnya dibagi Pengeluaran sektor swasta tahun sebelumnya dikali 100%<br><br>Sumber data: Data NHA | Tahunan | Sekretariat Jenderal - Pusat Pembiayaan Kesehatan |
| IKP 27.2 Persentase kabupaten/kota yang mengikuti bauran belanja ideal di sektor kesehatan | Alokasi belanja Kesehatan kabupaten/kota harus diarahkan untuk meningkatkan kualitas belanja yang selaras dengan mandat UU No. 1 Tahun 2022 tentang hubungan keuangan pusat-daerah. Ambang batas bauran belanja adalah<br>1) Maksimal 30% untuk tata kelola dan administrasi di luar tunjangan tenaga kesehatan; dan 2) Minimal 40% untuk infrastruktur, obat-obatan, dan alat kesehatan | Jumlah kabupaten/kota yang mengikuti bauran belanja yang ideal di sektor Kesehatan dibagi Jumlah kab/kota dikali 100% | Tahunan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| IKK 27.2.1 Pemenuhan pembiayaan untuk mendukung terpenuhinya SPM (Standar Pelayanan | Kab/kota yang memiliki belanja kesehatan ideal untuk mendukung pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan | Jumlah kab/kota dengan belanja kesehatan ≥ 8% dari APBD Kesehatan untuk pemenuhan layanan standar SPM kab/kota | Tahunan | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Minimal) bidang Kesehatan | | | | |
| ISS 28 Skala investasi di sektor kesehatan | Total skala investasi di sektor Kesehatan dari entitas domestik swasta dan internasional (USD Miliar) | Total skala investasi di sektor Kesehatan dari entitas domestik swasta dan internasional | Tahunan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| IKP 28.1 Persentase kenaikan investasi langsung di sektor kesehatan | Kenaikan investasi langsung sektor kesehatan domestik dan asing | Menghitung total investasi langsung sektor kesehatan domestik dan asing di tahun berjalan dikurangi tahun sebelumnya dibagi total investasi kesehatan di tahun sebelumnya dikali 100 | Tahunan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| IKK 28.1.1 Persentase kenaikan investasi langsung kesehatan di bidang farmasi | Kenaikan investasi langsung kesehatan domestik dan asing di bidang farmasi | Menghitung investasi langsung kesehatan domestik dan asing di bidang farmasi di tahun berjalan dikurangi tahun sebelumnya dibagi total investasi kesehatan di tahun sebelumnya dikali 100 | Tahunan | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |
| IKK 28.1.2 Persentase kenaikan investasi langsung kesehatan di bidang alat kesehatan | Kenaikan investasi langsung kesehatan domestik dan asing di bidang alat kesehatan (alkes) | Menghitung investasi langsung kesehatan domestik dan asing di bidang alat kesehatan di tahun berjalan dikurangi tahun sebelumnya dibagi total investasi kesehatan di tahun sebelumnya dikali 100 | Tahunan | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 28.1.3 Persentase kenaikan investasi langsung kesehatan di bidang fasyankes | Kenaikan investasi langsung kesehatan domestik dan asing di bidang fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) | Menghitung investasi langsung kesehatan domestik dan asing di bidang fasyankes di tahun berjalan dikurangi tahun sebelumnya dibagi total investasi kesehatan di tahun sebelumnya dikali 100 | Tahunan | Pusat Kebijakan Sistem Sumber Daya Kesehatan |
| IKP 28.2 Proporsi pencapaian target global kesehatan pada tingkat nasional | Pencapaian target global kesehatan di tingkat nasional | Jumlah target global sektor kesehatan (dikomitmenkan pada SDGs dan forum WHO yang dikoordinasikan pencapaiannya oleh Kementerian Kesehatan) yang tercapai di tingkat nasional dibagi dengan jumlah target global ditetapkan dalam tahun berjalan dikali 100. Pencapaian target di tingkat nasional diukur melalui survei dan atau data rutin. | Tahunan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| IKK 28.2.1 Jumlah peran strategis Indonesia pada OI/pertemuan internasional bidang kesehatan | Jumlah perwakilan Indonesia baik dari internal maupun eksternal Kementerian Kesehatan dalam berbagai forum kerja sama luar negeri yang mencakup:<br>a.menduduki posisi tertentu dalam struktur organisasi internasional, termasuk sebagai tim ahli, tim adhoc, struktural, internship, secondment<br>b.Keketuaan/chairmanship<br>c.Tuan rumah/host country dan kesekretariatan organisasi internasional" | Jumlah perwakilan Indonesia baik dari internal maupun eksternal Kementerian Kesehatan dalam berbagai forum kerja sama luar negeri dalam tahun berjalan | Tahunan | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 28.2.2 Proporsi target kesehatan nasional selaras dengan target global | proporsi target kesehatan nasional yang tercantum di dalam dokumen strategis tingkat nasional yang selaras dengan target kesehatan global | Target kesehatan nasional yang tercantum di dalam dokumen strategis nasional yang selaras dengan target kesehatan global dalam tahun berjalan dibagi dengan target kesehatan global dikali 100 | Tahunan | Pusat Kebijakan Strategi dan Tata Kelola Kesehatan Global |
| ISS 29 Persentase fasilitas kesehatan yang terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan nasional | Persentase fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Klinik, Labkes,TPMD/DG yang terkoneksi dengan aktif mengirimkan data dalam sistem informasi kesehatan nasional<br><br>Unit populasi: total seluruh faskes (tanpa apotik) | Jumlah fasilitas pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas, Klinik, Labkes,TPMD/DG yang terkoneksi (aktif mengirimkan data) dalam sistem ke nasional dibagi jumlah populasi seluruh fasilitas pelayanan Kesehatan (FKTP dan RS) yang teregistrasi tahun 2024 | Tahunan | Sekretariat Jenderal |
| IKP 29.1 Persentase sistem informasi data Kesehatan yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional | Persentase sistem informasi data kesehatan yang telah diintegrasikan dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional | Jumlah sistem informasi data Kesehatan yang telah diintegrasikan dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional dibagi dengan jumlah seluruh sistem informasi Kesehatan milik Kementerian Kesehatan dikali 100%<br><br>Sumber data : Data Kemenkes | Triwulan | Sekretariat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 29.1.1 Persentase fasyankes yang terdaftar di SIKN | Fasyankes yang menjadi target merupakan fasyankes dengan status belum terdaftar menerapkan RME di SIKN. Angka capaian merupakan angka kumulatif fasyankes yang terdaftar di SIKN dengan status memiliki RME dari tahun sebelumnya. Jenis Fasyankes terdiri dari RS, Puskesmas, Klinik, tempat praktek mandiri tenaga kesehatan, laboratorium.<br>Unit populasi: total seluruh faskes 70.082 (tanpa apotik dan unit transfusi darah) | Jumlah fasyankes yang sudah terdaftar di SIKN dengan status memiliki RME / jumlah fasyankes * 100%<br><br>Sumber data : Data Kemenkes | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Informasi |
| IKK 29.1.2 Persentase fasyankes yang terkoneksi ke SIKN | Fasyankes yang menjadi target merupakan fasyankes yang sudah terdaftar di SIKN. Fasyankes tersebut sudah terkoneksi ke SIKN dengan menggunakan web service API yang terstandar. Jenis Fasyankes terdiri dari RS, Puskesmas, Klinik, tempat praktek mandiri tenaga kesehatan, laboratorium<br>Unit populasi: total seluruh faskes 70.082 (tanpa apotik dan unit transfusi darah) | Jumlah fasyankes yang sudah terkoneksi ke SIKN melalui API / jumlah fasyankes yang terdaftar di SIKN * 100%<br><br>Sumber data : Data Kemenkes | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Informasi |
| ISS 30 Proporsi populasi yang menggunakan SIKN | Proporsi penduduk yang mendapatkan manfaat dari SIKN terhadap jumlah penduduk usia produktif pada tahun tertentu | (Jumlah pengguna aktif/penduduk usia produktif) dikali 100% | Triwulan | Sekretariat Jenderal |
| IKP 30.1 Persentase masyarakat yang terpantau kesehatannya melalui SIKN | Persentase Masyarakat usia produktif (15-64) yang terpantau data kesehatannya melalui dashboard atau menerima notifikasi dari berbagai kanal komunikasi berdasarkan layanan Kesehatan yang diterima | Jumlah usia produktif yang terpantau kesehatannya /Masyarakat usia produktif dikali 100%<br><br>Sumber data : Data Kemenkes | Triwulan | Sekretariat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 30.1.1 Persentase modul tergabung dalam SIKN | Jumlah modul yang dikembangkan pada SIKN | Jumlah modul di SIKN/ total jumlah modul yang akan dikembangkan dikali 100%<br><br>Sumber data : Data Kemenkes | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Informasi |
| IKK 30.1.2 Persentase Provinsi yang Memiliki Kualitas Data Rutin yang Baik untuk Indikator Pembangunan Kesehatan | Persentase provinsi yang dilakukan penilaian kualitas data rutin terhadap indikator RPJMN 2025-2029 sesuai dengan standar penilaian kualitas data<br>• Parameter penilaian : kelengkapan, konsistensi data, dan keakuratan data (*data outlier*)<br>• Jumlah indikator yang dipantau merupakan indikator PP dan KP RPJMN yang menjadi tugas dan fungsi Kementerian Kesehatan Indikator yang dipantau berdasarkan kesepakatan Bappenas dan Kemenkes yang datanya tersedia<br><br>Standar Kelengkapan data:<br>≥ 85%: Kategori Baik<br>70-84%: Kategori Sedang<br>< 70%: Kategori Kurang<br><br>Standar Konsistensi Internal Antar Waktu :<br>≤ ±33%: Konsisten<br>> ±33%: Tidak Konsisten | Jumlah provinsi yang dilakukan penilaian kualitas data rutin indikator RPJMN 2025-2029 dibagi total provinsi dikali 100%<br><br>Populasi target 38 Provinsi<br><br>Sumber data : Data Kemenkes | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Informasi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Standar Data Outlier :<br>Ekstrim: Nilai data > 3 standar deviasi dari rata-rata<br>Sedang/moderate: Nilai data 2-3 standar deviasi dari rata-rata | | | |
| IKK 30.1.3 Indeks keandalan infrastruktur TIK untuk SIKN | Pengukuran keandalan infrastruktur TIK untuk mendukung SIKN. Terdapat empat indikator yang diukur yaitu waktu rata-rata untuk menangani insiden operasional/MTTR, tingkat ketersediaan sistem dan layanan, kepatuhan terhadap kebijakan operasional IT termasuk keamanan Infrastruktur, tingkat kepuasan pengguna terhadap layanan operasional TI | Total skor kesiapan dan keandalan infrastruktur TIK / Jumlah indikator<br>Skala Penilaian<br>1 - Awal (Initial)<br>2 - Terulang (Repeatable)<br>3 - Terdokumentasi (Defined<br>4 - Dikelola (Managed)<br>5 - Dioptimalkan (Optimized) | data kemenkes | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Informasi |
| IKK 30.1.4 Jumlah Inovasi Teknologi Kesehatan (ITK) digital yang dibina melalui sandbox bidang kesehatan | Sandbox bidang kesehatan adalah mekanisme pengujian berskala terbatas dengan memberikan ruang eksperimen terkontrol bagi Inovasi Teknologi Kesehatan (ITK) digital di bidang kesehatan tanpa harus terikat dengan regulasi yang ketat. | Jumlah Inovasi Teknologi Kesehatan (ITK) digital yang dibina berdasarkan sandbox bidang kesehatan | data kemenkes | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Informasi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Inovasi Teknologi Kesehatan (ITK) digital yang dibina adalah Inovasi Teknologi Kesehatan (ITK) digital yang telah melalui seluruh rangkaian penilaian Sandbox dan mendapatkan hasil direkomendasikan | | | |
| ISS 31 Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan | Pertumbuhan jumlah layanan Kesehatan berbasis kedokteran presisi di Indonesia diukur pada interval setiap tahun | Jumlah layanan Kesehatan berbasis kedokteran presisi di tahun berjalan – tahun baseline) dibagi layanan Kesehatan berbasis kedokteran presisi di tahun baseline dikali 100% | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKP 31.1 Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi | Jumlah layanan kesehatan yang telah menerapkan prinsip kedokteran presisi untuk pendekatan teknologi yang spesifik | Jumlah layanan kesehatan yang telah menerapkan prinsip kedokteran presisi untuk pendekatan teknologi yang spesifik<br><br>Sumber Data : Data program | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 31.1.1 Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank | Persentase populasi direkrut untuk diambil sampelnya dan data sampel disimpan dalam Biobank melalui BGSI | (Jumlah individu beserta sampel dan datanya dikumpulkan dan disimpan di Biobank dibagi target tahunan populasi yang direkrut) dikali 100%<br><br>Sumber Data : Data Kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 31.1.2 Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik | Persentase populasi yang telah berpartisipasi dalam penyetoran sampel dengan di Biobank BGSi dan melanjutkan dengan yang dilakukan pengujian sampel untuk penggunaan farmakogenomik melalui hasil individu mereka (populasi Biobank adalah penduduk yang berpartisipasi dalam program BGSi, sudah diambil sampelnya dan data sampel tersimpan dalam sistem informasi BGSi) | (Jumlah individu dengan data farmakogenomiknya tersedia di SatuDNA dibagi jumlah individu yang telah dilakukan analisis sekunder) dikali 100%<br><br>Sumber Data : Data Kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| ISS 32 Peningkatan Kapabilitas riset kesehatan di Indonesia | Pertumbuhan jumlah uji klinis yang dilakukan di Indonesia diukur pada interval setiap tahun | (Jumlah uji klinis yang dilakukan di tahun berjalan – tahun baseline) dibagi Jumlah uji klinis di tahun baseline dikali 100 | Tahunan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 32.1 Jumlah uji klinik yang menghasilkan rancangan produk baru | Jumlah penelitian klinik obat, fitofarmaka, vaksin, produk biologi, alat kesehatan, dan atau teknologi kesehatan yang menghasilkan data keamanan &efikasi/kinerja sesuai standar dalam proses pengembangan produk obat, vaksin, dan alat kesehatan | Jumlah penelitian klinik obat, fitofarmaka, vaksin, produk biologi, alat kesehatan, dan atau teknologi kesehatan yang menghasilkan data keamanan & efikasi/kinerja sesuai standar dalam proses pengembangan produk obat, vaksin, dan alat kesehatan<br><br>Sumber data: Laporan monitoring evaluasi Clinical Riset Unit/CRU | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 32.1.1 Jumlah produk obat, vaksin, dan alkes baru hasil uji klinik | Jumlah produk obat, obat bahan alam, vaksin, produk biologi, dan alat kesehatan yang sudah memiliki profil keamanan, efikasi/manfaat sebagai hasil uji klinik | Jumlah produk obat, obat bahan alam, vaksin, produk biologi, dan alat kesehatan yang diujikan dalam uji klinik<br><br>Sumber data: Laporan monitoring evaluasi Clinical Riset Unit/CRU, BPOM, Farmalkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKP 32.2 Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional | Pertumbuhan jumlah RS yang sudah memiliki hasil penelitian translasional | Pertumbuhan jumlah RS yang sudah memiliki minimal 1 Clinical Pathway/PPK berdasarkan hasil penelitian translasional yang sudah ditetapkan oleh Pimpinan Rumah sakit<br><br>Sumber Data : Data Kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 32.2.1 Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar | Pertumbuhan RS Pemerintah yang memiliki CRU sesuai dengan standar | Pertumbuhan Jumlah RS pemerintah yang memiliki CRU sesuai dengan standar<br><br>Sumber Data : Data Kemenkes | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 32.3 Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP | Jumlah CRU RS yang memenuhi persyaratan untuk melakukan uji klinis sesuai standar GCP | Jumlah CRU RS yang tersertifikasi berdasarkan standar GCP<br><br>Sumber Data : Data Kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 32.2.2 Peneliti di CRU RS yang tersertifikasi GCP | Jumlah peneliti di CRU RS yang telah mendapatkan sertifikat GCP (kumulatif) | Jumlah peneliti di CRU RS yang telah mendapatkan sertifikat GCP<br><br>Sumber Data : Data Kemenkes | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan / Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| ISS 33 Indeks tata kelola Pemerintahan yang Baik | Tata Kelola Kementerian Kesehatan yang baik dibuktikan dengan nilai atau capaian atas pengelolaan sumber daya Kementerian Kesehatan, dengan menggunakan indikator:<br>1. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Kemenkes;<br>2. Nilai Kinerja Anggaran Kementerian Kesehatan;<br>3. Indeks Kualitas SDM Kemenkes; dan<br>4. Indeks Implementasi Learning Organization | 1. Nilai atau capaian masing indikator = realisasi dibandingkan target kali 100<br>2. Indeks capaian tata kelola = jumlah nilai atau capaian masing-masing indikator yang diperoleh dibagi total jumlah indicator | Tahunan | Sekretariat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 33.1 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Kemenkes (nilai) | Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Kemenkes merupakan hasil penilaian kepuasan pengguna layanan (internal dan eksternal) dari seluruh Unit Utama Kemenkes yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dari 8 unit utama dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan-RB tersebut. | 1. Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei dari seluruh Unit Utama Kemenkes berdasarkan 9 unsur layanan<br>2. Range standar penilaian sesuai permenpan 14 tahun 2017 sebagai berikut:<br>25,00 - 64,49 : Tidak Baik<br>65,00 - 76,60 : Kurang Baik<br>76,61 - 88,30 : Baik<br>88,31 -100,00 : Sangat Baik | Tahunan | Sekretariat Jenderal |
| IKK 33.1.1 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Sekretariat Jenderal | Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan eksternal) di Sekretariat Jenderal yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan-RB tersebut. | Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan | Tahunan | Sekretariat Jenderal |
| IKK 33.1.2 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Inspektorat Jenderal | Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan eksternal) di Inspektorat Jenderal yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan | Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan | Tahunan | Inspektorat Jenderal - Sekretariat Inspektorat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan-RB tersebut. | | | |
| IKK 33.1.3 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan eksternal) di Ditjen P2 yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan-RB tersebut. | Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan | Tahunan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit - Sekretariat Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit |
| IKK 33.1.4 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan | Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan eksternal) di Ditjen Keslan yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan-RB tersebut. | Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 33.1.5 Indeks Kepuasan Pengguna | Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan | Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara | Tahunan | Direktorat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Layanan Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan | eksternal) di Ditjen Farmalkes yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan-RB tersebut. | menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan | | Farmasi dan Alat Kesehatan - Sekretariat Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |
| IKK 33.1.6 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal SDMK | Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan eksternal) di Ditjen SDMK yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan-RB tersebut. | Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan | Tahunan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan - Sekretariat Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKK 33.1.7 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan eksternal) di BKPK yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara | Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan | Tahunan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan - Sekretariat Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan-RB tersebut. | | | |
| IKK 33.1.8 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan eksternal) di Ditjen Kesprimkom yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan-RB tersebut. | Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan | Tahunan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas - Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 33.1.9 Nilai Evaluasi Kelembagaan | Penilaian mandiri yang mencakup dua dimensi pokok organisasi yaitu dimensi struktur dan dimensi proses organisasi berdasarkan Peraturan Menteri PANRB Nomor 20 Tahun 2018. Hasil Penilaian mandiri diverifikasi oleh KemenPANRB. Dalam hal hasil verifikasi KemenPANRB belum tersedia, maka sementara dapat menggunakan hasil penilaian mandiri. | Akumulasi Penjumlahan Penilaian Mandiri terhadap Dimensi Struktur dan Proses Organisasi dikalikan bobot masing-masing indikator yang telah diverifikasi oleh KemenPANRB<br><br>Sumber data : Laporan Evaluasi Kelembagaan Kementerian Kesehatan | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Organisasi Dan Sumber Daya Manusia |
| IKK 33.1.10 Indeks reformasi hukum | Nilai Indeks Reformasi Hukum dari Kementerian Hukum dan HAM | Nilai Indeks Reformasi Hukum dari Kementerian Hukum dan HAM<br>Terdapat borang (permenkumham no 17 tahun 2022)<br>Tingkat koordinasi kementerian untuk melakukan harmonisasi<br>Kompetensi ASNs ebagai perancang peraturan perundang2an | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Hukum |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Kualitas reregulasi dan deregulasi berbagai peraturan perUU berdasarkan hasil reviu<br>Penataan database peraturan perUU<br><br>Sumber data : Kemenpan | | |
| IKK 33.1.11 Persentase penanganan perkara hukum bidang kesehatan yang telah selesai | Persentase penanganan gugatan perdata, gugatan tata usaha negara, gugatan uji materiil dan perkara hukum lain yang telah selesai | Jumlah penanganan gugatan perdata + gugatan tata usaha negara + gugatan uji materiil + perkara hukum lain bidang kesehatan yang telah selesai dibagi 25 perkara dan akan disesuaikan dengan jumlah perkara rill di akhir tahun<br><br>Sumber data: Mahkamah Agung, Kejaksaan | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Hukum |
| IKK 33.1.12 Indeks kepuasan pengguna layanan *) untuk Biro Komunikasi dan Informasi Publik, Biro Umum, dan Es II yang punya UPT > Indeks kepuasan pengguna layanan komunikasi dan informasi | Tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran mandiri secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan komunikasi dan informasi dari pemberi layanan dengan melakukan survey kepuasan masyarakat pada ( ULT, Perpustakaan, Berita dan publikasi serta UPT yang menjadi sampel). | Pengukuran mandiri melalui survei dengan nilai IKM minimal kategori Baik sesuai dengan Permenpan Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat, melalui tahapan sbb:<br>1. Kuesioner menggunakan skala liker 1- 5<br>2. Menghitung populasi sampel menggunakan tabel<br>Krejcie and Morgan<br>3.<br>prosedur yang akan digunakan untuk | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Komunikasi dan Informasi Publik |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | mengumpulkan data, seperti melalui pe ngisian online/offline, wawancara atau l ainnya<br>4.<br>Menjelaskan analisis data untuk mengi nterpretasikan hasil survei dan menarik kesimpulan yang relevan.<br><br>Sumber data: Responden, Lembaga survei profesional | | |
| IKK 33.1.18 Jumlah UPT Kemenkes dengan kategori baik dalam pelaksanaan standar interaksi pelayanan | Kategori Baik adalah jumlah UPT Kemenkes yang telah menerapkan interaksi pelayanan publik sesuai Permenkes No. 33 Tahun 2019 Tentang Panduan Perilaku Interaksi pelayanan publik di lingkungan Kementerian Kesehatan dan memperoleh angka penilaian diatas 71 secara kumulatif | Melakukan penilaian mandiri melalui survei dan pendampingan dengan angka range standar penilaian sebagai berikut :<br>1) Prima: 91-100<br>2) Sangat Baik: 81-90<br>3) Baik: 71-80<br>4) Cukup: 51-60<br>5) Kurang: 0-50<br><br>Sumber data: Data Kemenkes (Responden) | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Komunikasi dan Informasi Publik |
| IKK 33.1.13 Persentase sistem informasi internal terintegrasi | Sistem informasi internal terintegrasi adalah sistem informasi non kesehatan untuk mendukung layanan perkantoran yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan yang akan diintegrasikan ke dalam beberapa kelompok sistem informasi antara lain : sistem | Jumlah sistem yang terintegrasi dibagi total sistem yang ditargetkan terintegrasi dikali 100%<br><br>Total : 69 aplikasi internal (yang dikembangkan Kemenkes) | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Data dan Informasi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | informasi kepegawaian, Layanan dan Informasi, Aset dan keuangan | 2024 : 12; 2025 : 25; 2026 : 49; 2027 : 64; 2028 : 67; 2029 : 69<br><br>Sumber data: - Internal Kemenkes<br>- Kementerian/lembaga lain | | |
| IKK 33.1.14<br>Persentase pengelolaan program, kegiatan, dan layanan kesekretariatan pimpinan yang dilaksanakan dengan baik | Jumlah arahan Pimpinan (Menteri Kesehatan dan Wakil Menteri Kesehatan) yang diselenggarakan melalui koordinasi, pendampingan, dan monitoring evaluasi program kesehatan, yang diselesaikan selama tahun berjalan, terhadap seluruh jumlah arahan Pimpinan yang tercatat pada sistem informasi arahan Pimpinan, dikali 100%. | Penilaian pelaksanaan dukungan program dan kegiatan Pimpinan yang dilaksanakan, dinilai secara komposit terhadap 4 komponen, dikali 100%, yaitu:<br>Persentase terlaksananya Agenda rutin yang harus naik ke Pimpinan. Dihitung berdasarkan jumlah agenda rutin yang terlaksana naik ke Pimpinan, dibagi seluruh agenda yang direncanakan harus naik ke Pimpinan, dikali 100% per triwulan.<br>Jumlah bahan agenda eksternal Pimpinan yang lulus final review dan digunakan Pimpinan, dibagi jumlah agenda ekternal Pimpinan yang memerlukan bahan, dikali 100% per triwulanc)<br>Survei kepuasan unit kerja terhadap layanan TU Pimpinan (surat, verbal surat, komunikasi, dan kualitas pelayanan yang baik) dan Layanan Keprotokolan.<br>Persentase jumlah surat yang | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | didistribusi <24 jam terhadap seluruh surat yang sudah masuk ke Pimpinan Jumlah arahan Pimpinan (Menteri Kesehatan dan Wakil Menteri Kesehatan) yang diselesaikan selama tahun berjalan diukur melalui aplikasi SIAP | | |
| IKK 33.1.15 Hasil Analisis Kebijakan terkait substansi program Pembangunan Kesehatan | Jumlah Hasil Analisis Kebijakan terkait substansi program pembangunan kesehatan berdasarkan arahan Pimpinan | Jumlah dokumen hasil analisis kebijakan program prioritas kementerian kesehatan yang digunakan sebagai bahan penyusunan analisis kebijakan pembangunan kesehatan<br><br>Sumber data: Data internal kemenkes | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan |
| IKK 33.1.16 Persentase satuan kerja/unit kerja yang melaksanakan digitalisasi arsip | 1. Satuan/Unit kerja à Kantor pusat dan UPT Kemenkes<br>2. Digitalisasi arsip diukur dengan indeks tingkat digitalisasi arsip sebagai instrumen audit pengelolaan arsip elektronik dengan komponen berikut:<br>(a) Digitisasi arsip melalui alih media;<br>(b) Implementasi penggunaan Aplikasi Bidang | Jumlah satuan/unit kerja yang melaksanakan digitalisasi arsip berdasarkan penilaian mandiri dengan nilai > 70 (Kategori “Sangat Baik”) dibagi seluruh satuan/unit kerja dikali 100%. Range nilai berdasarkan NilaI Pengawasan Kearsipan ANRI | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Umum |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Kearsipan Dinamis (SRIKANDI);<br>(c) Simpul Jaringan Informasi Kearsipan Nasional Kementerian Kesehatan; dan<br>(d) Sumber Daya Pendukung | Sumber data: Hasil penilaian mandiri (data Kemenkes) | | |
| IKK 33.1.17 Indeks Kepuasan Pelanggan atas Pelayanan Biro Umum | Tingkat kepuasan pelanggan/stakeholder yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pelayanan Biro Umum dengan membandingkan antara harapan pelanggan/stakeholder dan kenyataan pelayanan yang dirasakan/didapatkan oleh pelanggan/stakeholder | Pengukuran melalui survei merujuk pada ketentuan/regulasi tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik yang ditetapkan oleh Kementerian yang membidangi urusan pendayagunaan ASN dan reformasi birokrasi.<br><br>Sumber data: Hasil survey (data Kemenkes) | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Umum |
| IKK 33.1.19 Indeks Tata Kelola Pengadaan (ITKP) | Indeks tata kelola pengadaan (ITKP) minimal baik Sebagai aspek indikator ‘antara' dalam indeks Reformasi birokrasi. ITKP minimal baik terdiri dari indikator yang mengukur tata kelola pengadaan dalam tingkat operasional, baik dari segi sistem pengadaan, Sumber Daya Manusia (SDM) dan kelembagaan serta Tingkat Kematangan UKPBJ | Indeks Tata Kelola Pengadaan Minimal Baik bagi dihitung dengan formula : Nilai Pemanfaatan Sistem Pengadaan + Nilai Kualifikasi dan Kompetensi SDM PBJ + Nilai Tingkat Kematangan UKPBJ. data diperoleh secara online pada https://sirup.lkpp.go.id/, merupakan monitoring dan evaluasi LKPP secara resmi setiap tahun Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Pengadaan Barang dan Jasa |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | menyurati K/L untuk melakukan klarifikasi terhadap hasil penilaian data pada dashboard SiRUP online<br><br>Sumber data: SIRUP LKPP | | |
| IKK 33.1.20 Opini Badan Pemeriksa Keuangan atas Laporan Keuangan | Opini Pemeriksaan atas Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan yang diberikan oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) atas kewajaran informasi keuangan yang disajikan dalam laporan keuangan yang didasarkan pada empat kriteria yakni kesesuaian dengan standar akuntansi pemerintahan, kecukupan Pengungkapan (adequate disclosures), kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan, dan efektivitas sistem pengendalian intern<br>*)Perhitungan dilaksanakan secara tahunan (N-1) | Penilaian indeks disesuaikan dengan Opini yang diberikan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) dengan ketentuan indeks sebagai berikut:<br>Indeks 1 = Tidak Memberikan Pendapatan (Disclaimer)<br>Indeks 2 = Tidak Wajar<br>Indeks 3 = Wajar Dengan Pengecualian (WDP) Indeks 4 = Wajar Tanpa Pengecualian (WTP)/Wajar Tanpa Pengecualian dengan Paragraf Penjelas (WTP-DPP)<br><br>Sumber data: BPK | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Keuangan dan BMN |
| IKK 33.1.21 Nilai Indeks Pengelolaan Aset (IPA) Kementerian Kesehatan | Nilai Indeks Pengelolaan Aset (IPA) Kementerian Kesehatan berdasarkan nilai yang diterbitkan dengan perhitungan sesuai Keputusan Menteri Keuangan yang mengatur terkait Indeks Kinerja Pengelolaan Barang Milik Negara<br>Perhitungan dilaksanakan secara tahunan (N-1) | Cara perhitungan menggunakan formulasi dari Kementerian Keuangan<br><br>Sumber data : Kemenkeu | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Keuangan dan BMN |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKP 33.2 Nilai Kinerja Anggaran Kementerian Kesehatan | Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran Kementerian Kesehatan | Penjumlahan dari 50% Nilai Kinerja Perencanaan dan Anggaran (yang diperoleh dari Aplikasi e Monev Kemenkeu) + 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (yang diperoleh dari aplikasi OMSPAN) | Triwulan | Sekretariat Jenderal |
| IKK 33.2.1 Nilai Kinerja Anggaran Sekretariat Jenderal | Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran Sekretariat Jenderal | Penjumlahan dari 50% Nilai Kinerja Perencanaan dan Anggaran (yang diperoleh dari Aplikasi e Monev Kemenkeu) + 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (yang diperoleh dari aplikasi OMSPAN) | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Umum |
| IKK 33.2.2 Nilai Kinerja Anggaran Inspektorat Jenderal | Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran Inspektorat Jenderal | Penjumlahan dari 50% Nilai Kinerja Perencanaan dan Anggaran (yang diperoleh dari Aplikasi e Monev Kemenkeu) + 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (yang diperoleh dari aplikasi OMSPAN) | Triwulan | Sekretariat Jenderal |
| IKK 33.2.3 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit | Penjumlahan dari 50% Nilai Kinerja Perencanaan dan Anggaran (yang diperoleh dari Aplikasi e Monev Kemenkeu) + 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (yang diperoleh dari aplikasi OMSPAN) | Triwulan | Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit – Sekretariat Direktorat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Penanggulangan Penyakit |
| IKK 33.2.4 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Lanjutan | Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran Direktorat Jenderal Lanjutan | Penjumlahan dari 50% Nilai Kinerja Perencanaan dan Anggaran (yang diperoleh dari Aplikasi e Monev Kemenkeu) + 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (yang di peroleh dari aplikasi OMSPAN) | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan |
| IKK 33.2.5 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan | Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan | Penjumlahan dari 50% Nilai Kinerja Perencanaan dan Anggaran (yang diperoleh dari Aplikasi e Monev Kemenkeu) + 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (yang diperoleh dari aplikasi OMSPAN) | Triwulan | Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan – Sekretariat Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 33.2.6 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal SDMK | Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran Direktorat Jenderal SDMK | Penjumlahan dari 50% Nilai Kinerja Perencanaan dan Anggaran (yang diperoleh dari Aplikasi e Monev Kemenkeu) + 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (yang diperoleh dari aplikasi OMSPAN) | Triwulan | Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan – Sekretariat Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan |
| IKK 33.2.7 Nilai Kinerja Anggaran Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | Penjumlahan dari 50% Nilai Kinerja Perencanaan dan Anggaran (yang diperoleh dari Aplikasi e Monev Kemenkeu) + 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (yang diperoleh dari aplikasi OMSPAN) | Triwulan | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan - Sekretariat Jenderal Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| IKK 33.2.8 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | Nilai Kinerja Anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% nilai kinerja atas perencanaan anggaran dan 50% nilai kinerja atas pelaksanaan anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas | Penjumlahan dari 50% Nilai Kinerja Perencanaan dan Anggaran (yang diperoleh dari Aplikasi e Monev Kemenkeu) + 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (yang diperoleh dari aplikasi OMSPAN) | Triwulan | Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas – Sekretariat Direktorat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Kesehatan Primer dan Komunitas |
| IKK 33.2.9 Nilai Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) Kementerian Kesehatan | Nilai Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) Kementerian Kesehatan yang diterbitkan Kementerian Keuangan berdasarkan Peraturan Dirjen Perbendaharaan tentang Petunjuk teknis penilaian indikator kinerja pelaksanaan anggaran belanja kementerian negara/Lembaga<br>Perhitungan dilaksanakan secara tahunan (N) | Cara perhitungan menggunakan formulasi dari Kementerian Keuangan<br><br>Sumber data : Kemenkeu (OM SPAN) | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Keuangan dan BMN |
| IKK 33.2.10 Indeks Perencanaan Pembangunan Nasional | Pengukuran kualitas perencanaan dengan melihat keselarasan antara dokumen perencanaan Kemenkes sejalan dengan tujuan pembangunan nasional. Dokumen perencanaan yang dinilai adalah Renstra KL, Renja KL, dan RKAKL | Penjumlahan hasil penilaian setiap komponen sesuai bobot yang telah ditetapkan yaitu komponen integrasi (60%), komponen sinkronisasi (30%), dan komponen keterhubungan perencanaan pembangunan dengan perencanaan kinerja (10%)<br><br>Sumber data: Bappenas | Tahunan | Sekretariat Jenderal - Biro Perencanaan dan Anggaran |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 33.2.11 Persentase Tingkat kualitas fasilitasi dalam perencanaan, pemantauan dan evaluasi serta pelaporan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan di daerah | Penjumlahan tingkat kualitas perencanaan N+1 serta tingkat kualitas pemantauan dan evaluasi pelaksanaan DAK Fisik di di daerah N-1 | Penjumlahan dari indikator kontributor dengan pembobotan (%) sbb:<br><br>Indikator 1: Jumlah usulan pemda yang masuk dibagi jumlah usulan pemda memenuhi kriteria penilaian (50%)<br>Indikator 2: Capaian realisasi output/outcome, serta capaian dampak/manfaat kegiatan yang didanai DAK (50%)<br><br>Sumber data : Aplikasi Krisna DAK Beppenas, Aplikasi SIKD Kemenkeu, Aplikasi e-renggar | Tahunan | Sekretariat Jenderal - Biro Keuangan dan BMN |
| IKP 33.3 Indeks Kualitas SDM Kemenkes | Pelaksanaan Manajemen ASN secara transparan, akuntabel, efektif, dan efisien yang didasarkan pada prinsip meritokrasi untuk menghasilkan ASN yang berintegritas dan Profesional dengan memperhatikan kualifikasi, kompetensi, kinerja dan disiplin. | Total penjumlahan dari nilai penerapan sistem merit dibagi dengan nilai maksimal dikalikan 100%<br><br>Sumber data: Hasil Tim Penilaian Mandiri Sistem Merit | Triwulan | Sekretariat Jenderal |
| IKK 33.3.1 Nilai Penerapan Sistem Merit Kemenkes | Hasil penilaian mandiri untuk mengukur sistem merit dalam manajemen ASN berdasarkan 8 (delapan) aspek penilaian sesuai dengan peraturan yang berlaku, yaitu: perencanaan kebutuhan, pengadaan, pengembangan karir , promosi dan mutasi, manajemen kinerja, penggajian penghargaan dan disiplin, perlindungan dan pelayanan dan sistem informasi dimana hasil penilaian | Total penjumlahan dari nilai capaian masing-masing Aspek dikali bobot masing - masing Aspek yang dilakukan secara mandiri<br><br>Sumber data: Tim Penilaian Mandiri dan atau BKN | Triwulan | Sekretariat Jenderal - Biro Organisasi Dan Sumber Daya Manusia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | mandiri tersebut dilaporkan kepada leading institution | | | |
| IKP 33.4 Indeks implementasi *learning organization* | Upaya mewujudkan Kemenkes sebagai organisasi yang secara sistematis memfasilitasi pembelajar agar mampu berkembang dan mencapai tujuan Transformasi Kesehatan. Setiap unit eselon 1 di lingkungan Kemenkes harus mengimplementasikan learning organization dalam rangka memfasilitasi pembelajar . | Rata-rata nilai Implementasi Learning Organization di tiap unit eselon 1 | - | Sekretariat Jenderal |
| IKK 33.4.1 Persentase ASN dalam satuan kerja yang menerima program pengembangan kompetensi | Persentase ASN dalam satuan kerja yang menerima program pengembangan kompetensi minimal 20 JP per tahun | Jumlah ASN Kemenkes yang mendapatkan sertifikat pelatihan dan/atau pengembangan kompetensi lainnya minimal 20 JPL dalam 1 tahun dibagi jumlah ASN Kemenkes dikali 100%<br><br>Sumber data: LMS dan PDM pada portal Eoffice | Tahunan | Sekretariat Jenderal - Pusat Pengembangan Kompetensi Aparatur |
| ISS 34 Nilai Good Public Governance (GPG) Kementerian Kesehatan | Nilai GPG Kementerian Kesehatan yang meliputi capaian indikator komitmen, elemen, instrumen, dan wewenang yang dinilai oleh BPKP atau hasil self assessment APIP | Nilai GPG Kemenkes hasil penilaian BPKP atau self assessment APIP pada tahun berjalan dengan kategori yaitu:<br>Sangat Baik: >85<br>Baik: 75 < nilai ≤ 85<br>Cukup Baik: 60 < nilai ≤ 75<br>Kurang Baik: 50 < nilai ≤ 60<br>Tidak Baik: ≤50 | Tahunan | Inspektorat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Sumber data : Laporan Hasil Evaluasi GPG oleh BPKP atau self assessment APIP | | |
| IKP 34.1 Indeks Tindak Lanjut Hasil Pengawasan | Indeks Tindak Lanjut Hasil Pengawasan menggambarkan nilai capaian dengan menggunakan indikator:<br>1. Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti<br>2. Persentase rekomendasi hasil pengawasan intern Inspektorat yang ditindaklanjuti<br>3. Persentase rekomendasi hasil survei penilaian integritas (SPI) yang ditindaklanjuti<br>4. Persentase rekomendasi hasil pengawasan intern Inspektorat Investigasi yang ditindaklanjuti<br>5. Persentase penugasan khusus pimpinan yang tuntas ditindaklanjuti | Indeks tindak lanjut hasil pengawasan diukur dalam skala 1-5 dengan cara perhitungan sbb:<br>1. melakukan konversi capaian setiap indikator kinerja kegiatan (IKK). Konversi dihitung dengan rumus sbb. IKK= (capaian realisasi /100%)*5<br>2. Indeks tindak lanjut hasil pengawasan= (hasil konversi capaian IKK 1 + hasil konversi capaian IKK 2 + … + hasil konversi capaian IKK 5)/5.<br>Kategori hasil pengawasan:<br>Sangat Baik: >4<br>Baik: 3 < nilai ≤ 4<br>Cukup Baik: 2 < nilai ≤ 3<br>Kurang Baik: 1 < nilai ≤ 2<br>Tidak Baik: ≤1<br><br>Sumber data : Hasil Monitoring APIP atas Pemeriksaan BPK, Laporan SPI KPK, dan TL hasil pengawasan | Tahunan | Inspektorat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 34.1.1 Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV | Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti mitra strategis Inspektorat dan telah dimonitor APIP capaian tindak lanjutnya dengan hasil status sesuai rekomendasi. | Jumlah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti mitra strategis Inspektorat pada hasil monitoring tahun berjalan dengan status sesuai rekomendasi dibagi jumlah total rekomendasi hasil pemeriksaan BPK di lingkup mitra strategis Inspektorat dikali 100% | Triwulan | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |
| IKK 34.1.2 Persentase rekomendasi hasil pengawasan intern yang ditindaklanjuti mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV | Rekomendasi hasil pengawasan berupa audit dan/atau pengawasan intern lainnya terhadap:<br>1. Program Transformasi Kesehatan dan program strategis Kemenkes, dan/atau<br>2. program/kegiatan unit kerja Kemenkes, dan/atau<br>3. dana transfer daerah bidang kesehatan yang ditindaklanjuti sampai dengan tahun berjalan dengan status 'tuntas'. | Jumlah rekomendasi hasil pengawasan Inspektorat berupa audit dan/atau pengawasan intern lainnya yang ditindaklanjuti sampai dengan tahun berjalan dibagi dengan jumlah total rekomendasi hasil pengawasan Inspektorat berupa audit dan/atau pengawasan intern lainnya dikali 100 | Tahunan | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |
| IKK 34.1.3 Persentase rekomendasi hasil survei penilaian integritas (SPI) yang ditindaklanjuti | Rekomendasi hasil Survei Penilaian Integritas (SPI) dengan kategori sangat tinggi dan tinggi yang telah ditindaklanjuti oleh unit eselon I Kemenkes dan telah dimonitor APIP capaian tindak lanjutnya dengan hasil status tuntas | Jumlah rekomendasi hasil SPI kategori sangat tinggi dan tinggi yang telah ditindaklanjuti di tahun berjalan dibagi dengan penjumlahan saldo awal rekomendasi tahun berjalan dengan total rekomendasi hasil SPI di tahun berjalan dikali 100 | Tahunan | Inspektorat Jenderal - Inspektorat Investigasi |
| IKK 34.1.4 Persentase rekomendasi hasil pengawasan intern Inspektorat Investigasi yang ditindaklanjuti | Rekomendasi hasil pengawasan terhadap penanganan pengaduan masyarakat berkadar pengawasan melalui WBS (hasil audit dengan tujuan tertentu dan audit investigasi) yang ditindaklanjuti sampai dengan tahun berjalan dengan status 'tuntas'. | Jumlah rekomendasi hasil pengawasan Inspektorat Investigasi yang ditindaklanjuti sampai dengan tahun berjalan dibagi dengan jumlah total rekomendasi hasil pengawasan Inspektorat Investigasi dikali 100 | Tahunan | Inspektorat Jenderal - Inspektorat Investigasi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 34.1.5 Persentase penugasan khusus pimpinan yang tuntas ditindaklanjuti | Penugasan khusus pimpinan merupakan penugasan khusus yang diberikan oleh Menteri Kesehatan dan/atau Inspektur Jenderal dalam rangka pendalaman/penelusuran informasi dan/atau penanganan pengaduan masyarakat yang berindikasi terjadinya penyimpangan atau penyalahgunaan wewenang yang dilakukan oleh aparatur Kementerian Kesehatan yang berpotensi mengakibatkan kerugian masyarakat atau negara yang tuntas ditindaklanjuti dengan klarifikasi dan/atau audit dengan tujuan tertentu (dari triwulan IV tahun lalu hingga triwulan III tahun berjalan) pada tahun berjalan. | Jumlah penugasan khusus pimpinan yang tuntas ditindaklanjuti (dari triwulan IV tahun lalu hingga triwulan III tahun berjalan) dibagi dengan jumlah penugasan khusus pimpinan yang diberikan dikali 100. | Tahunan | Inspektorat Jenderal - Inspektorat Investigasi |
| IKP 34.2 Nilai maturitas manajemen risiko | Nilai maturitas manajemen risiko program strategis lintas sektor yang dikoordinasikan (leading sector) Kemenkes hasil penilaian BPKP atau hasil penilaian mandiri oleh APIP Kemenkes | Jumlah rekomendasi hasil audit dan/atau monitoring evaluasi manajemen risiko program strategis lintas sektor yang ditindaklanjuti mitra strategis unit eselon I Inspektorat pada hasil audit dan/atau monitoring tahun berjalan dengan status proses dan tuntas dibagi jumlah total rekomendasi hasil audit dan/atau monitoring evaluasi manajemen risiko program strategis lintas sektor di lingkup mitra strategis Inspektorat Jenderal dikali 100 | Tahunan | Inspektorat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKK 34.2.1 Persentase rekomendasi hasil pengawasan manajemen risiko program strategis yang ditindaklanjuti mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV | Rekomendasi hasil audit dan/atau monitoring evaluasi implementasi manajemen risiko program strategis lintas sektor yang ditindaklanjuti mitra strategis (unit eselon I) Inspektorat Jenderal | Jumlah rekomendasi hasil pengawasan risiko program strategis yang ditindaklanjuti mitra strategis Inspektorat pada hasil monitoring tahun berjalan dengan status sesuai rekomendasi dibagi jumlah total rekomendasi hasil pengawasan risiko program strategis di lingkup mitra strategis Inspektorat dikali 100. | Tahunan | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |
| IKK 34.2.2 Persentase mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV yang memiliki maturitas manajemen risiko ‘terdefinisi’ | Mitra strategis merupakan unit kerja yang telah mengimplementasikan manajemen risiko dengan tingkat maturitasnya ‘terdefinisi’ berdasarkan hasil penilaian APIP Kemenkes. | Jumlah unit kerja yang memiliki maturitas manajemen risiko ‘terdefinisi’ dibagi dengan jumlah seluruh unit kerja dikali 100 | Tahunan | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |
| IKK 34.2.3 Persentase tingkat efektivitas peran SPI dan SKI lingkup mitra strategis Inspektorat I, II, III, IV dengan kategori minimal efektif | SPI dan SKI lingkup mitra strategis Inspektorat yang memiliki tingkat efektivitas dalam pelaksanaan tugas fungsi di unit kerjanya dari hasil penilaian oleh Inspektorat Jenderal dengan kriteria sudah menjalankan peran secara optimal dan/atau menjadi advisor bagi pimpinan unit kerja. | Jumlah SPI dan SKI lingkup mitra strategis Inspektorat yang memiliki hasil penilaian kategori minimal 'efektif' dibagi dengan jumlah total SPI dan SKI lingkup mitra strategis Inspektorat dikali 100 | Tahunan | Inspektorat Jenderal - Inspektorat I, II, III, IV |
| IKK 34.2.4 Nilai Maturitas Manajemen Risiko Inspektorat Jenderal | Nilai maturitas manajemen risiko Unit Eselon I yang dihasilkan dari penilaian Inspektorat Jenderal berdasarkan Keputusan Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan Nomor HK.02.02/V.I/3543/2022 tentang Pedoman Penilaian Maturitas Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi | Hasil penilaian maturitas manajemen risiko oleh Inspektorat Jenderal terhadap Unit Eselon I di tahun berjalan dengan kategori yaitu:<br>Naive: ≤1<br>Aware: 1,01 – 2,00<br>Define: 2,01 – 3,00 | Tahunan | Inspektorat Jenderal - Sekretariat Inspektorat Jenderal |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Tingkat Satuan Kerja/Unit Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia | Manage: 3,01 – 4,00<br>Enable: 4,01 – 5,00 | | |