

INFORMASI TENTANG JENIS, PERSEBARAN DAN DAERAH YANG MENJADI SUMBER PENYAKIT BERPOTENSI MENULAR

Penyakit menular adalah penyakit yang dapat ditularkan dari satu orang ke orang lain, atau dari hewan ke manusia. Beberapa contoh penyakit menular di Indonesia meliputi demam berdarah, malaria, HIV/AIDS, campak, dan flu burung. **Daerah dengan risiko tinggi tertular penyakit menular biasanya adalah daerah dengan kondisi lingkungan yang kurang bersih, kepadatan penduduk tinggi, dan akses layanan kesehatan yang terbatas.**

Jenis Penyakit Menular yang Umum di Indonesia:

- **Penyakit Menular Langsung** :Difteri, pertusis, tetanus, polio, campak, tifoid, kolera, rubella, kuning, influenza, meningitis, tuberkulosis, hepatitis, penyakit akibat pneumokokus, penyakit akibat rotavirus, penyakit akibat HPV, penyakit virus ebola, MERS-CoV, infeksi saluran pencernaan, infeksi menular seksual, infeksi HIV, infeksi saluran pernapasan, kusta, dan frambusia.
- **Penyakit Menular Lewat Vektor** :Malaria, demam berdarah (DBD), demam chikungunya, filariasis, kecacingan, schistosomiasis, Japanese encephalitis, rabies, antraks, pes, toxoplasma, dll.
- **Penyakit Menular Lewat Air dan Makanan** :Kolera, tifoid, diare, hepatitis A.
- **Penyakit Menular Lewat Kontak Langsung** :HIV/AIDS, infeksi menular seksual (IMS), hepatitis B dan C.

Daerah yang Menjadi Sumber Penyakit Menular:

- **Wilayah Endemik Malaria** : Daerah Indonesia bagian timur masih memiliki kasus malaria yang tinggi, sehingga penduduk yang tinggal di wilayah ini memiliki risiko tertinggi tertular.
- **Wilayah dengan Lingkungan Kurang Bersih** : Wilayah dengan sanitasi yang buruk, kebersihan lingkungan yang kurang, dan banyaknya genangan air dapat menjadi sumber penularan penyakit seperti DBD, diare, dan kolera.
- **Daerah dengan Kepadatan Penduduk Tinggi** : Kepadatan penduduk yang tinggi dapat mempercepat penyebaran penyakit menular melalui kontak langsung.
- **Daerah dengan Akses Layanan Kesehatan yang Terbatas** : Keterbatasan akses ke layanan kesehatan dapat menyebabkan penanganan penyakit menular yang terlambat, sehingga memperparah penyebaran penyakit.

Pencegahan Penyakit Menular:

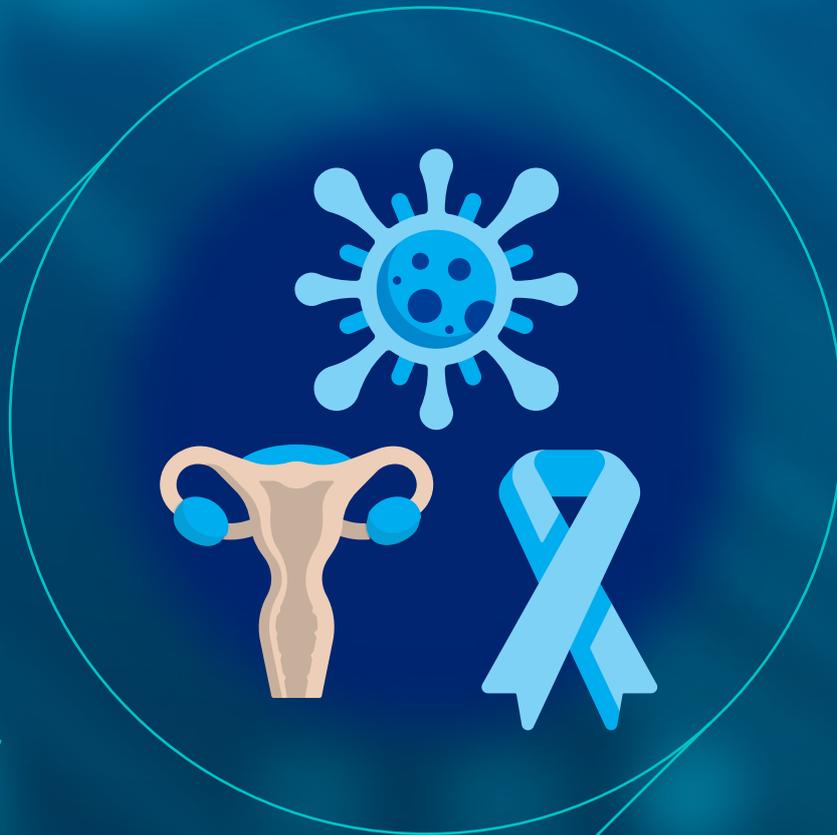
Upaya pencegahan penyakit menular meliputi promosi dan pencegahan, serta penanggulangan penyakit menular untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian. Hal ini dapat dilakukan melalui:

- Peningkatan kebersihan lingkungan, sanitasi, dan kebersihan diri.
- Pemberian imunisasi.
- Penggunaan obat-obatan anti-malaria.
- Penggunaan obat-obatan untuk penyakit menular lainnya.
- Peningkatan kesadaran masyarakat tentang penyakit menular dan cara pencegahannya.
- Peningkatan akses layanan kesehatan.

Informasi Tambahan:

- Penyakit menular dapat ditularkan melalui berbagai cara, seperti kontak langsung, vektor (binatang pembawa penyakit), air, makanan, dan udara.
- Pencegahan penyakit menular membutuhkan kerjasama antara pemerintah, masyarakat, dan sektor kesehatan.
- Informasi tentang jenis, persebaran, dan daerah yang menjadi sumber penyakit menular dapat diperoleh dari berbagai sumber, seperti Dinas Kesehatan, Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas) setempat dan Pemerintah Kalurahan.
- Sumber Informasi Tentang Jenis, Persebaran Dan Daerah Yang Menjadi Sumber Penyakit Berpotensi Menular dapat di akses pada website Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dokumen Profil Kesehatan Indonesia terbaru yakni Tahun 2023 dapat diakses pada link berikut:
https://kemkes.go.id/app_asset/file_content_download/172231123666a86244b83fd8.51637104.pdf
- Sumber informasi penyakit malaria terkini dapat diakses pada link:
<https://malaria.kemkes.go.id/>

BAB VI. PENGENDALIAN PENYAKIT



BAB VI. PENGENDALIAN PENYAKIT

Pengendalian penyakit yang akan dibahas pada bab ini yaitu pengendalian penyakit menular dan tidak menular. Pengendalian penyakit sebagai upaya penurunan insiden, prevalensi, morbiditas atau mortalitas dari suatu penyakit mempunyai peranan penting untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat.

Penyakit menular meliputi penyakit menular langsung, penyakit yang dapat dikendalikan dengan imunisasi, dan penyakit yang ditularkan melalui binatang. Sedangkan penyakit tidak menular meliputi upaya pencegahan dan deteksi dini penyakit tidak menular tertentu.

A. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

1. Tuberkulosis

Tuberkulosis (TBC) saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat baik di Indonesia maupun internasional sehingga menjadi salah satu tujuan pembangunan kesehatan berkelanjutan (SDGs).

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman tersebut menyebar dari penderita TBC melalui udara. Kuman TBC ini biasanya menyerang organ paru, namun dapat juga menyerang selain paru (ekstra paru). Hampir seperempat penduduk dunia terinfeksi dengan kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sekitar 89% TBC diderita oleh orang dewasa (56,5% laki-laki dan 32,5% perempuan) dan 11% diderita oleh anak-anak. Sampai saat ini, TBC masih merupakan penyebab kematian tertinggi setelah HIV/AIDS, dan merupakan salah satu dari 20 penyebab utama kematian di seluruh dunia. Sebagian besar estimasi kematian yang disebabkan TBC tercatat di empat negara, yaitu India, Indonesia, Myanmar, dan Filipina. Jumlah kematian akibat TBC (di antara pasien HIV negatif) secara global pada tahun 2022 sebesar 1,1 juta, hal ini mengalami penurunan jika dibandingkan tahun 2021 yaitu sebesar 1,2 juta.

Indonesia juga merupakan negara peringkat ke-2 penderita TBC tertinggi di dunia setelah India dengan proporsi kasus baru sebesar 10% dibandingkan seluruh kasus di dunia. Secara global, diperkirakan 10,6 juta orang menderita TBC pada tahun 2022. (WHO, *Global Tuberculosis Report*, 2023).

Beban penyakit yang disebabkan oleh Tuberkulosis dapat diukur antara lain dengan insiden kasus dan mortalitas/kematian, seperti yang dijelaskan di bawah ini.

a. Insiden Tuberkulosis

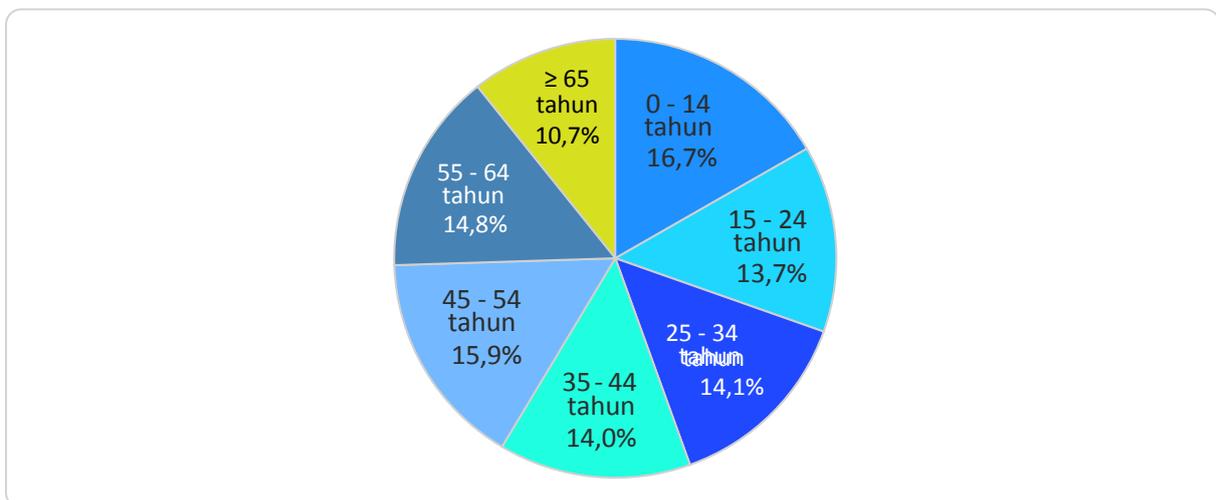
Menurut *Global Tuberculosis Report* tahun 2023, pada tahun 2022 estimasi angka insiden TBC di Indonesia sebesar 385 per 100.000 penduduk, meningkat jika dibandingkan dengan angka insiden TBC tahun 2021 yaitu sebesar 354 per 100.000 penduduk. Sedangkan angka kematian TBC tahun 2022 sebesar 49 per 100.000 penduduk.

b. Kasus Tuberkulosis Ditemukan

Pada tahun 2023 jumlah semua kasus Tuberkulosis yang ditemukan sebanyak 821.200 kasus, meningkat cukup tinggi bila dibandingkan semua kasus Tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2022 yaitu sebesar 677.464 kasus. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan dari provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah.

Jika dibandingkan dari jenis kelamin, jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan baik secara nasional maupun provinsi. Secara nasional jumlah kasus pada laki-laki sebesar 57,9% dan 42,1% pada perempuan. Gambar 6.1 menunjukkan bahwa pada tahun 2023 kasus TBC terbanyak ditemukan pada kelompok umur anak 0-14 tahun yaitu sebesar 16,7%, diikuti kelompok umur 45-54 tahun (15,9%) dan 55-64 tahun (14,8%).

GAMBAR 6.1
KASUS TUBERKULOSIS MENURUT KELOMPOK UMUR DI INDONESIA
TAHUN 2023



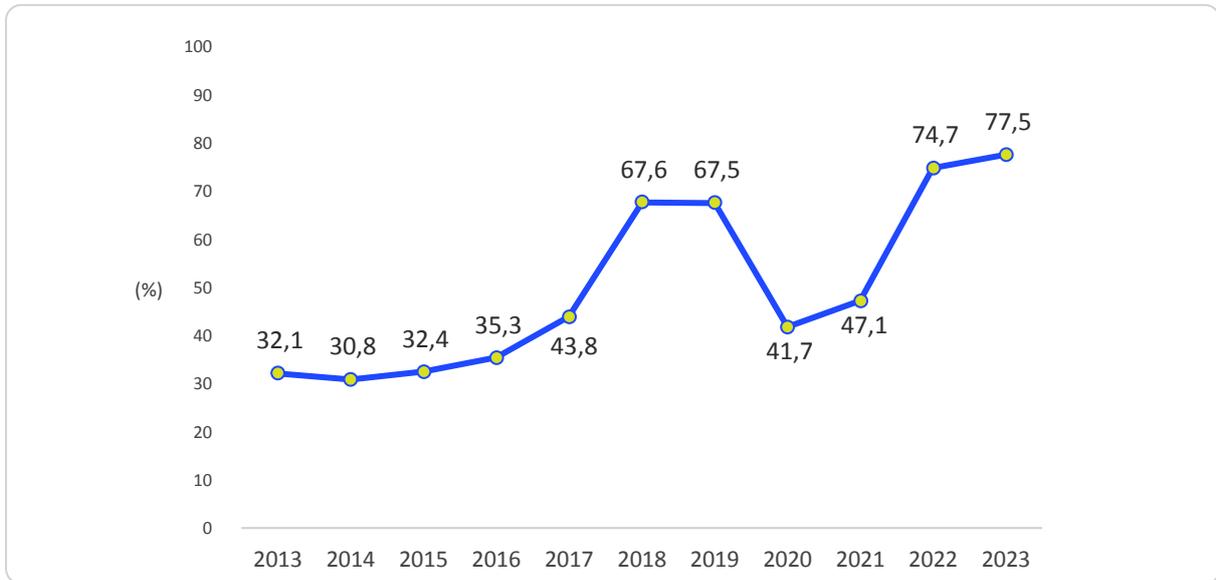
Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

c. Cakupan Penemuan Kasus Tuberkulosis

Cakupan penemuan kasus tuberkulosis adalah jumlah kasus TBC yang diobati dan dilaporkan pada tahun tertentu dibagi dengan perkiraan jumlah insiden kasus TBC pada tahun yang sama dan dinyatakan dalam persentase. Cakupan penemuan kasus tuberkulosis menggambarkan seberapa banyak kasus tuberkulosis yang terjangkau oleh program.

Gambar 6.2. menunjukkan bahwa cakupan penemuan kasus Tuberkulosis pada tahun 2023 adalah 77,5%, meningkat dari tahun 2022 yaitu 74,7%. Namun angka cakupan ini masih belum mencapai target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2023 yaitu 90%.

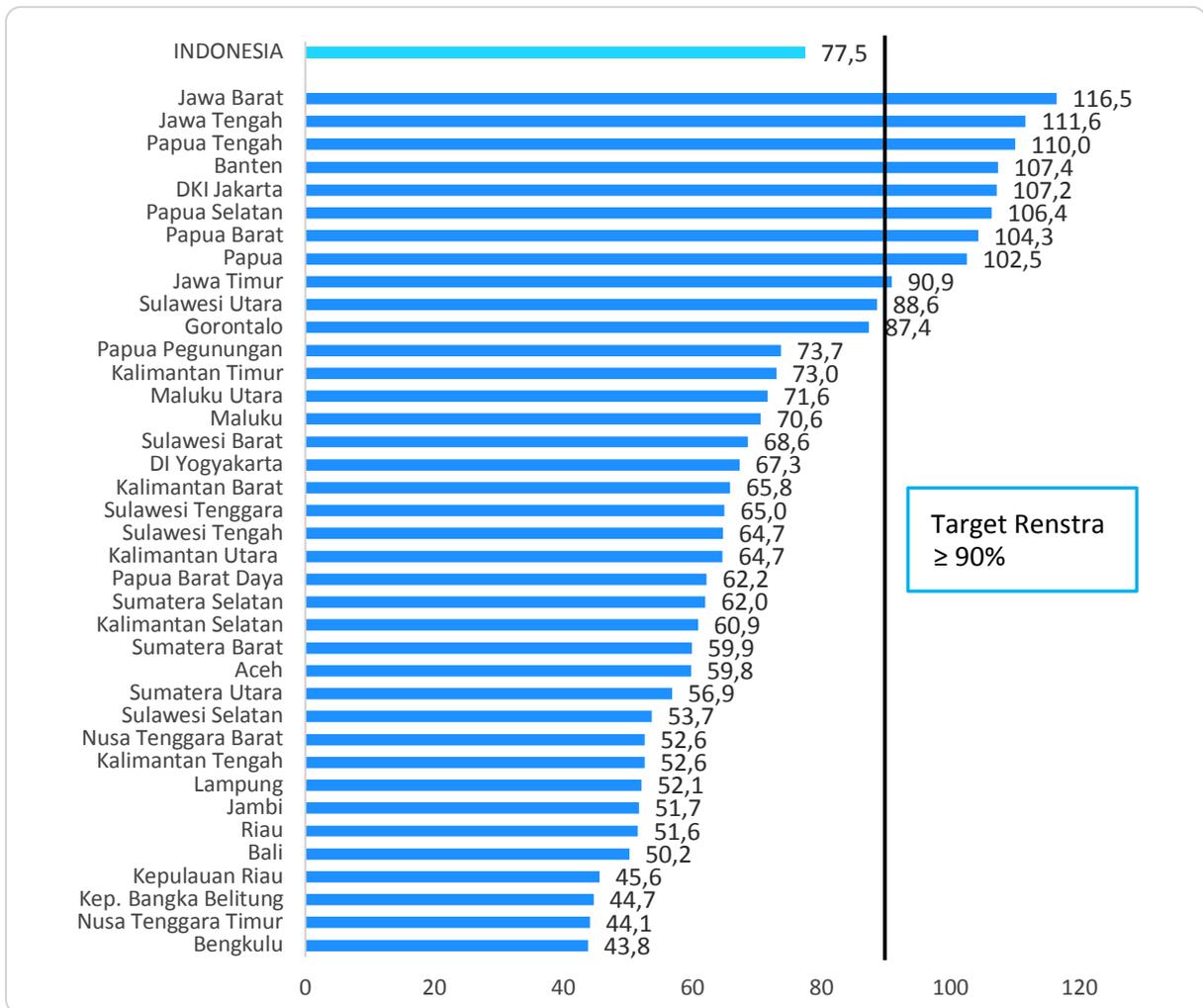
GAMBAR 6.2
CAKUPAN PENEMUAN KASUS TUBERKULOSIS DI INDONESIA
TAHUN 2013-2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Gambar 6.3 menunjukkan bahwa pada tahun 2023 terdapat sembilan provinsi yang telah mencapai target cakupan penemuan kasus tuberkulosis $\geq 90\%$ yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Papua Tengah, Banten, DKI Jakarta, Papua Selatan, Papua Barat, Papua, dan Jawa Timur. Kondisi ini menunjukkan peningkatan sejak tahun 2022, hanya empat provinsi yang mencapai target $\geq 85\%$.

GAMBAR 6.3
CAKUPAN PENEMUAN KASUS TUBERKULOSIS MENURUT PROVINSI
TAHUN 2023

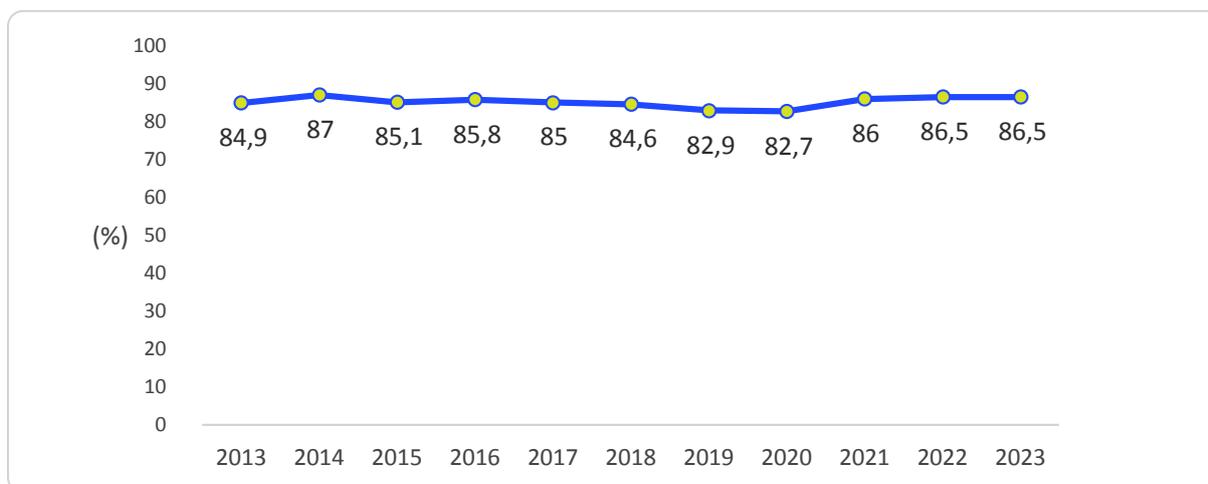


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

d. Angka Keberhasilan Pengobatan (*Treatment Success Rate/TSR*)

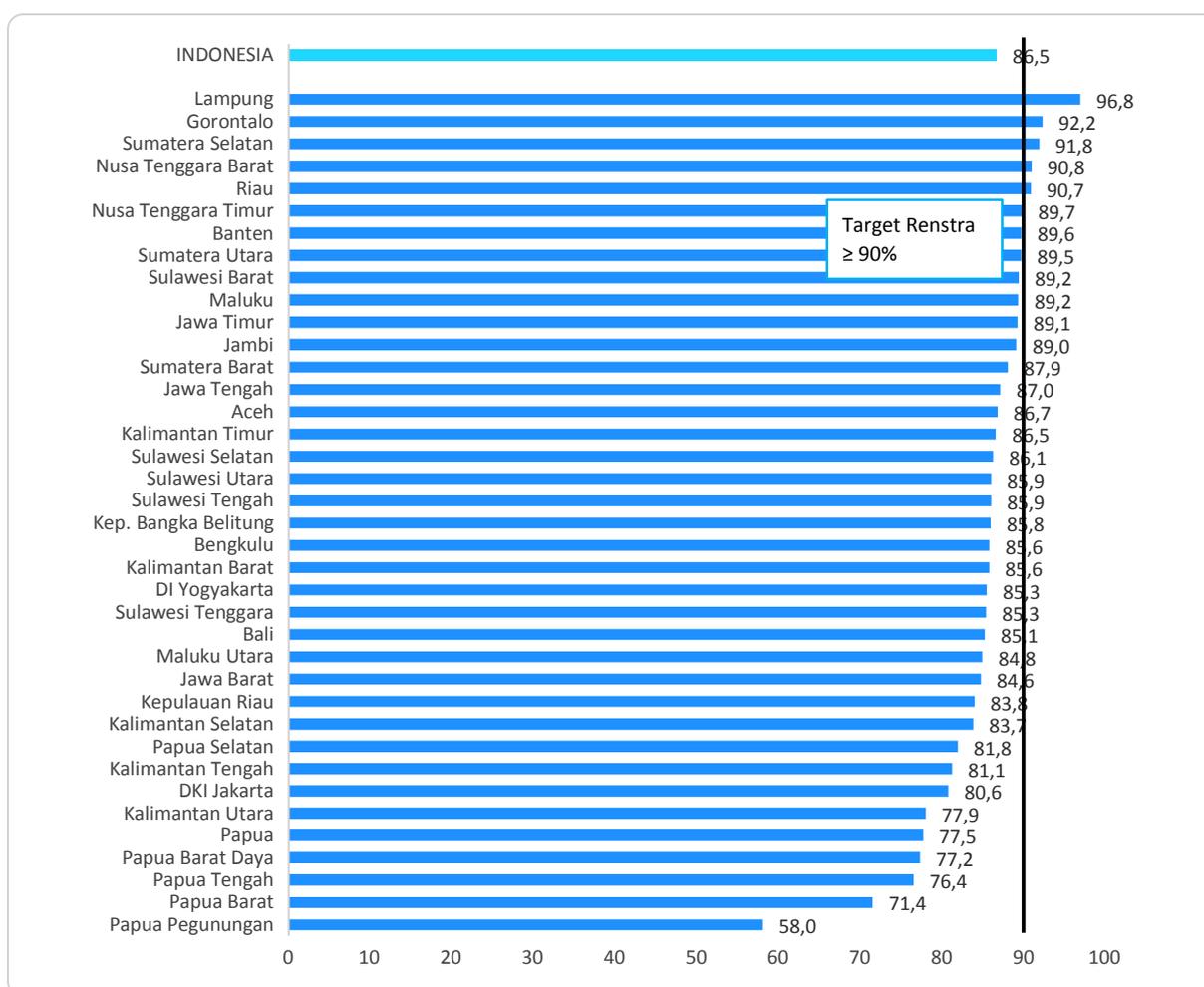
Angka keberhasilan pengobatan (*Treatment Success Rate*) merupakan indikator yang digunakan untuk mengevaluasi pengobatan Tuberkulosis. Angka keberhasilan pengobatan yaitu jumlah semua kasus Tuberkulosis yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus Tuberkulosis yang diobati dan dilaporkan. Angka keberhasilan pengobatan pasien Tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2023 adalah 86,5%. Angka ini masih belum mencapai target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2023 yaitu 90%.

GAMBAR 6.4
ANGKA KEBERHASILAN PENGOBATAN PASIEN TUBERKULOSIS
DI INDONESIA TAHUN 2013-2023



Sumber: Ditjen P2PL, Kemenkes RI, 2023

GAMBAR 6.5
ANGKA KEBERHASILAN PENGOBATAN PASIEN TUBERKULOSIS
MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2023

Provinsi yang mencapai angka keberhasilan pengobatan semua kasus Tuberkulosis minimal 90% pada tahun 2023 sebanyak lima provinsi, yaitu Lampung (96,8%), Gorontalo (92,2%), Sumatera Selatan (91,8%), Nusa Tenggara Barat (90,8%), dan Riau (90,7%).

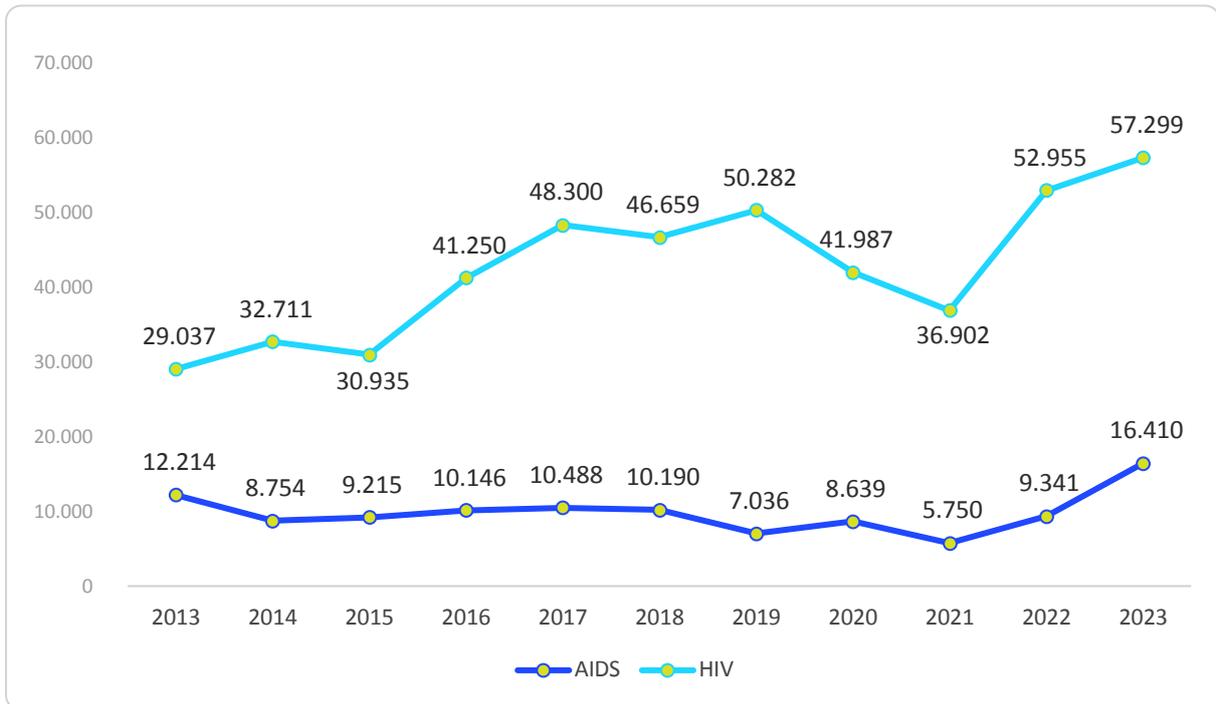
2. HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan kekebalan sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV.

Orang yang terinfeksi HIV memerlukan pengobatan Antiretroviral (ARV) untuk menekan jumlah virus HIV di dalam tubuh. Virus yang tertekan (tersupresi) tidak berpotensi menular kepada orang lain, dan orang dengan HIV akan memiliki kualitas hidup yang baik. Penemuan kasus pada stadium awal dan segera mendapatkan pengobatan ARV, membuat seseorang tidak jatuh pada HIV stadium lanjut (AIDS). Pada HIV stadium lanjut (AIDS) terjadi potensi masuknya infeksi-infeksi lainnya yang dikenal dengan infeksi oportunistik. Program pengendalian HIV di Indonesia bertujuan untuk: (1) menurunkan hingga meniadakan infeksi baru; (2) menurunkan hingga meniadakan kematian terkait AIDS; (3) menurunkan stigma dan diskriminasi.

Dari Gambar 6.6 terlihat jumlah kasus HIV positif yang dilaporkan selama sebelas tahun terakhir cenderung meningkat. Pada tahun 2023 dilaporkan sebanyak 57.299 kasus HIV dan 16.410 kasus AIDS. Jumlah ini mengalami peningkatan signifikan jika dibandingkan tren tiga tahun terakhir. Penurunan kasus yang terjadi pada tahun 2020-2021 disebabkan oleh penerapan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) akibat pandemi sehingga terbatasnya akses masyarakat ke pelayanan kesehatan. Dari segi penyedia pelayanan, peningkatan kasus COVID-19 yang cukup signifikan menyebabkan beberapa tenaga kesehatan di layanan diperbantukan untuk membantu penanganan COVID-19, sehingga kegiatan operasional penemuan dan penjangkauan kasus menjadi terhambat. Selain itu pada tahun 2021 tenaga kesehatan di layanan membantu pemberian vaksinasi COVID-19 kepada masyarakat.

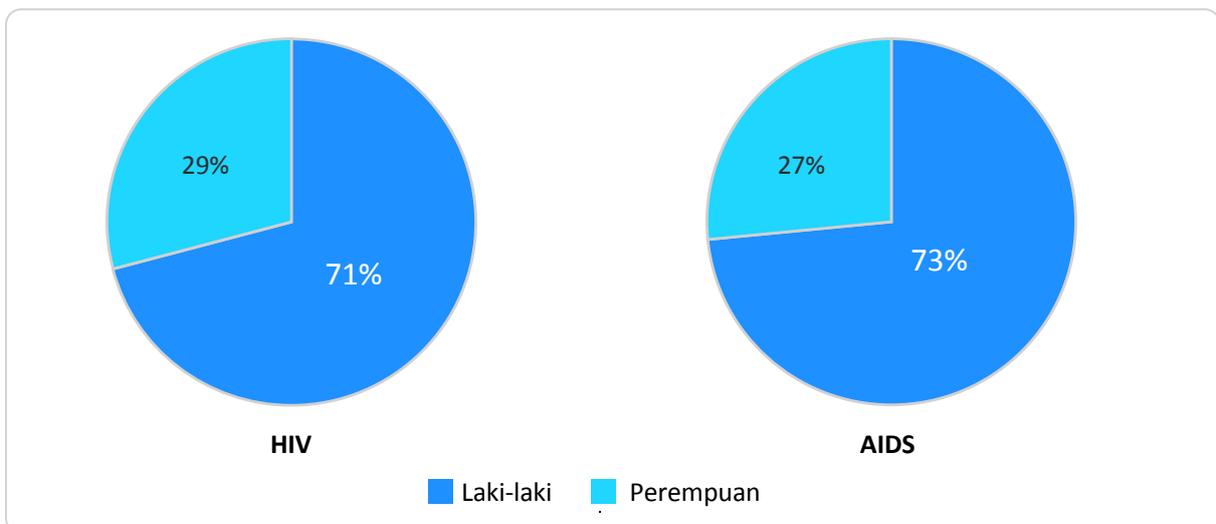
GAMBAR 6.6
JUMLAH KASUS HIV POSITIF DAN AIDS YANG DILAPORKAN DI INDONESIA
TAHUN 2013-2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Berdasarkan jenis kelamin, jumlah kasus HIV dan AIDS pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan pada perempuan. Kesenjangan proporsi kasus kelompok laki-laki yang hampir tiga kali lipat dibandingkan pada kelompok perempuan seperti digambarkan pada Gambar 6.7 berikut ini.

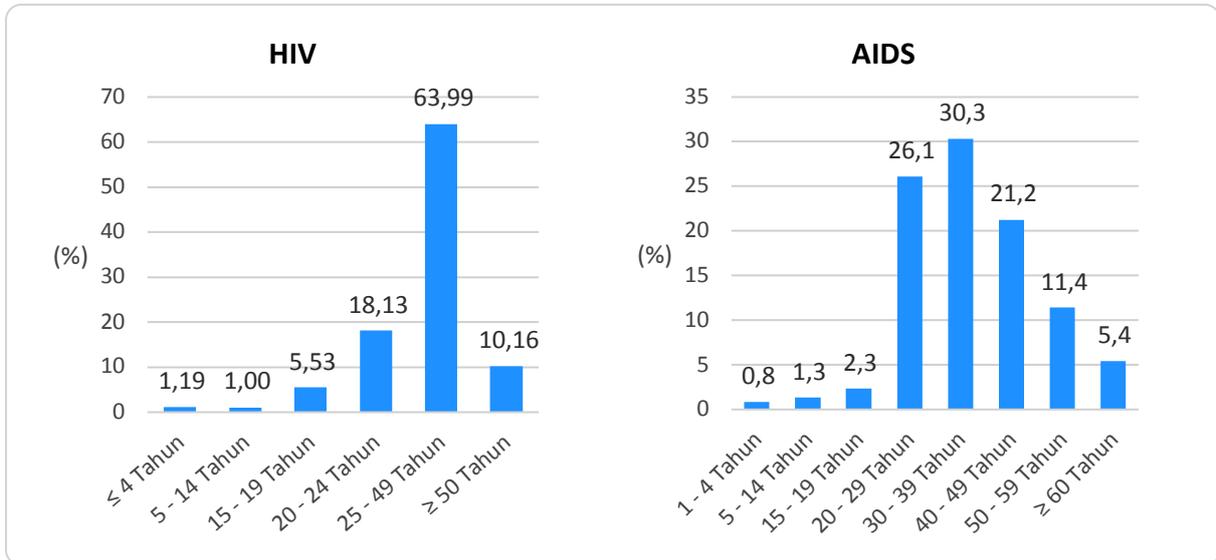
GAMBAR 6.7
PROPORSI KASUS HIV POSITIF DAN AIDS MENURUT JENIS KELAMIN
DI INDONESIA TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Persentase kasus HIV positif dan AIDS tahun 2023 menurut kelompok umur seperti digambarkan pada Gambar 6.8 berikut ini.

GAMBAR 6.8
PERSENTASE KASUS HIV POSITIF DAN AIDS MENURUT KELOMPOK UMUR
DI INDONESIA TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Sebagian besar sebaran kasus HIV dan AIDS terdapat pada kelompok umur produktif 20-49 tahun. Hal ini disebabkan oleh rentang usia produktif lebih rentan terhadap perilaku beresiko seperti perilaku seks yang tidak aman dan penggunaan NAPZA suntik. Sementara itu masih ditemukan kasus HIV dan AIDS pada kelompok usia 1-4 tahun yang menunjukkan penularan HIV dari ibu ke anak.

Penanggulangan HIV dan AIDS pada anak di Indonesia telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan Infeksi Menular Seksual. Namun, masih adanya tantangan pengobatan seperti pengobatan pertama bagi anak dengan HIV yang saat ini hanya tersedia di unit pediatrik di Rumah Sakit dan regimen ART yang tidak ramah anak menyebabkan kurang optimalnya pengobatan HIV sehingga terjadi perkembangan infeksi HIV menjadi AIDS. Dalam rangka mencapai tujuan nasional dan global *triple elimination* (eliminasi HIV, hepatitis B, dan sifilis) pada bayi, penularan HIV dari ibu ke anak diharapkan akan terus menurun di tahun selanjutnya.

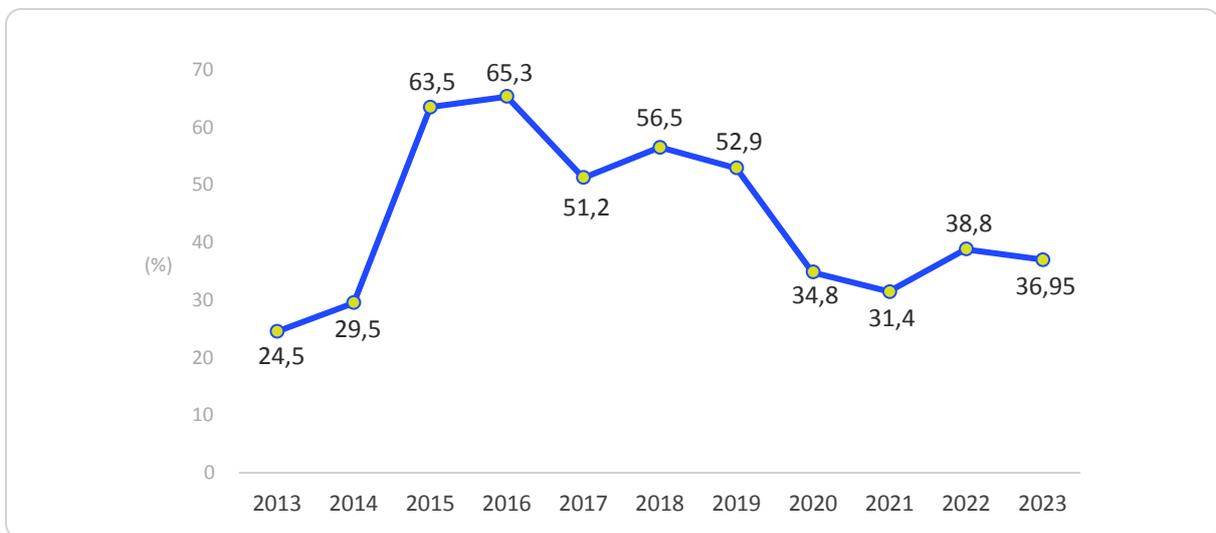
3. Pneumonia

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur dan parasit. Sampai saat ini program pengendalian pneumonia lebih diprioritaskan pada pengendalian pneumonia balita karena penyakit pneumonia memiliki kontribusi cukup besar terhadap angka kesakitan dan kematian balita. Diharapkan dengan penemuan kasus dan pengobatan pneumonia yang sudah sesuai standar dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian balita akibat pneumonia.

Pneumonia masih menjadi penyebab morbiditas dan mortalitas utama karena infeksi pada bayi dan anak di dunia. Pada tahun 2019, kasus pneumonia menyumbang 740.180 (14%) kasus kematian anak usia di bawah 5 tahun (Balita) (WHO 2021). Sekitar 2.200 anak meninggal setiap hari akibat pneumonia (IVAC 2020; UNICEF 2019a). Pneumonia juga menjadi penyebab kematian Balita terbesar di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI 2020; UNICEF 2019b). Pada tahun 2018 diperkirakan sekitar 19.000 anak meninggal dunia akibat pneumonia.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. Berikut cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita di Indonesia pada tahun 2013-2023 dapat dilihat pada Gambar 6.9.

GAMBAR 6.9
CAKUPAN PENEMUAN PNEUMONIA PADA BALITA
DI INDONESIA TAHUN 2013-2023

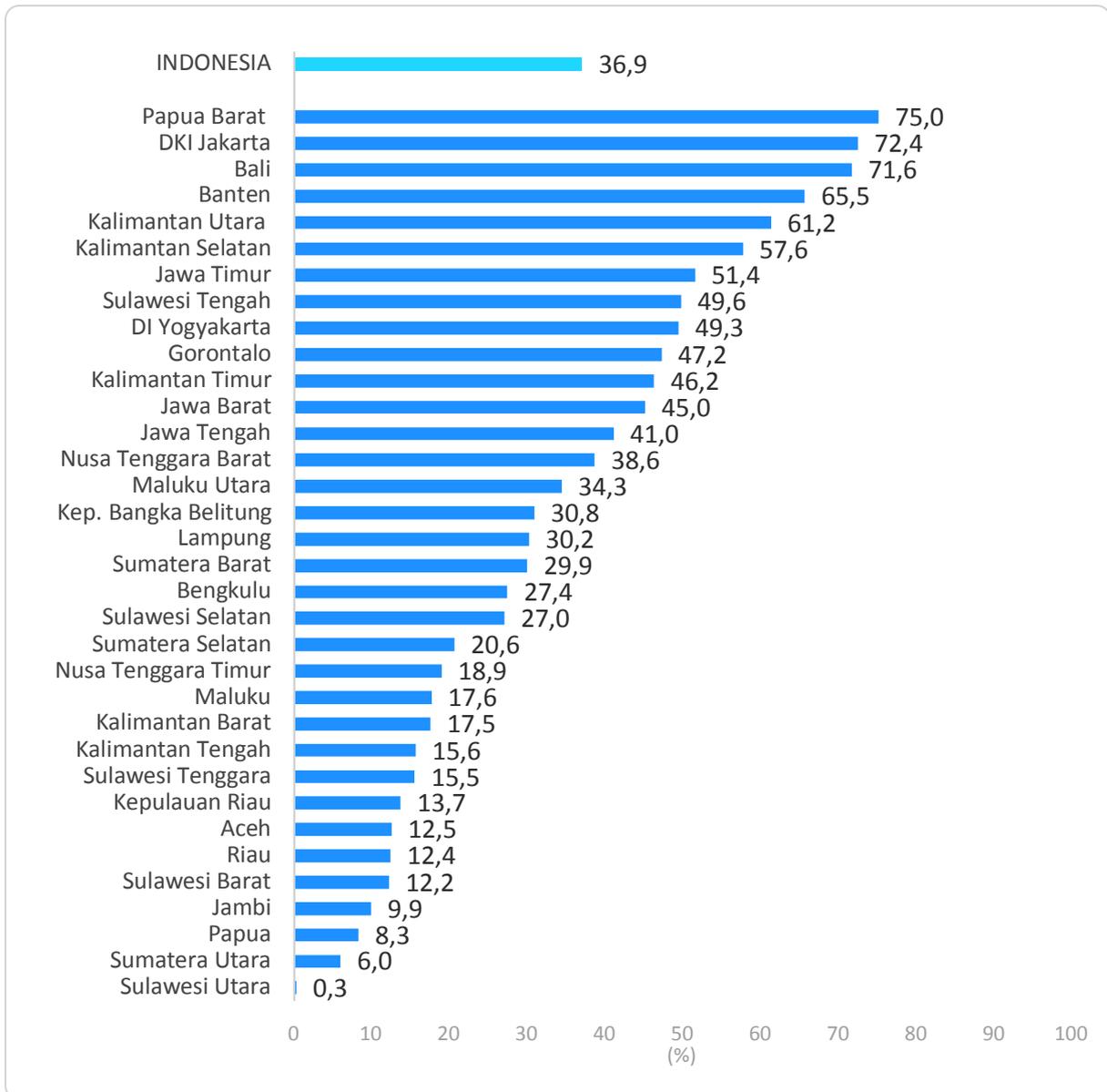


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Tren cakupan penemuan pneumonia pada balita selama sebelas tahun terakhir cukup fluktuatif. Cakupan tertinggi pada tahun 2016 yaitu sebesar 65,3%. Sejak tahun 2015 terdapat perubahan angka perkiraan kasus dari 10% menjadi 3,55%, hal tersebut yang menyebabkan pada tahun 2015 cakupannya tinggi. Penurunan yang cukup signifikan terlihat pada tahun 2020-2022 jika dibandingkan dengan cakupan 5 tahun terakhir, penurunan ini disebabkan dampak dari pandemi COVID-19, dimana adanya stigma pada penderita COVID-19 yang berpengaruh pada penurunan jumlah kunjungan balita batuk atau kesulitan bernapas di Puskesmas.

Pada tahun 2023, cakupan penemuan pneumonia pada balita kembali menurun yaitu sebesar 36,95%. Provinsi dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita tertinggi adalah Papua Barat (75%), DKI Jakarta (72,4%), dan Bali (71,6%).

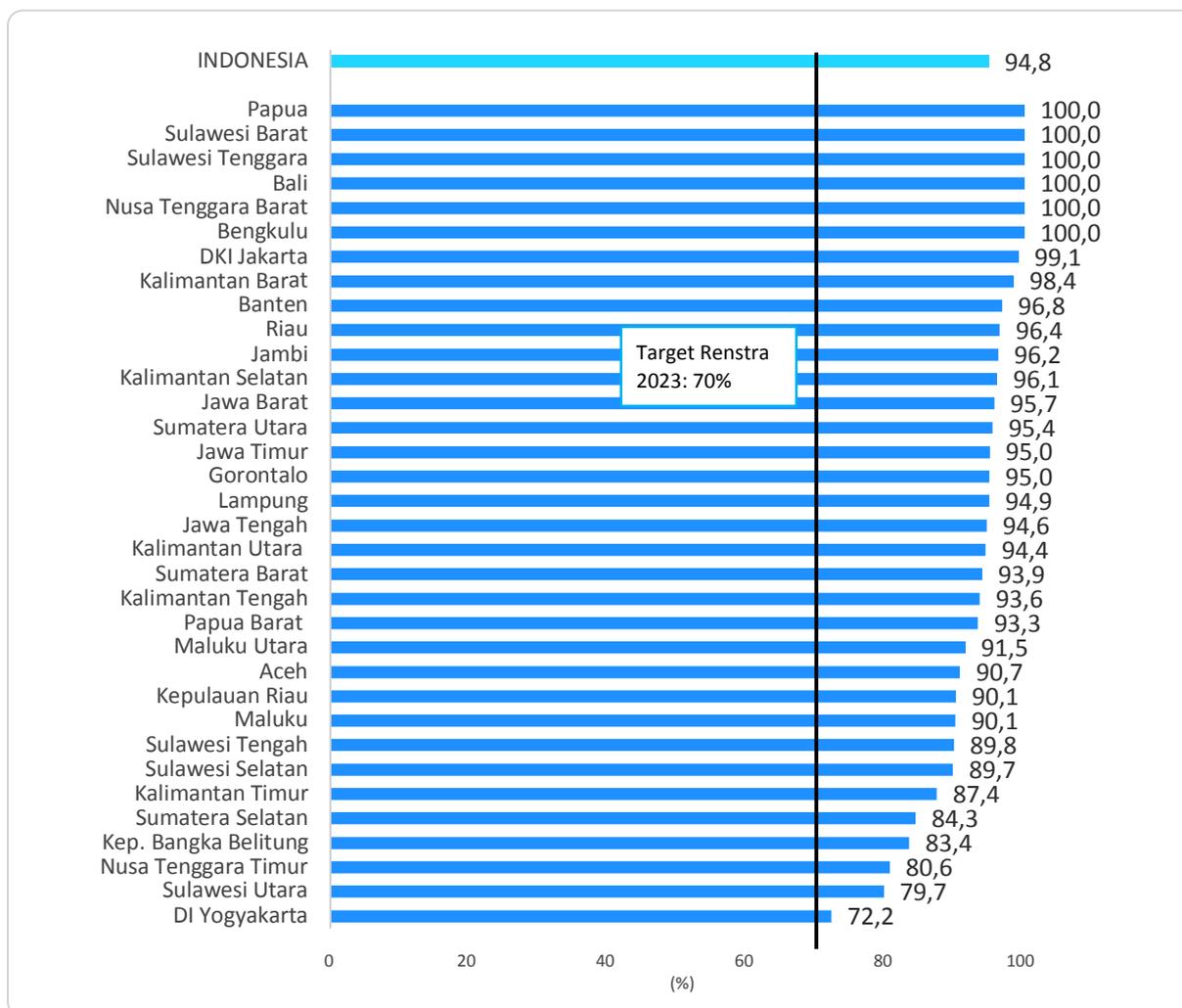
GAMBAR 6.10
CAKUPAN PENEMUAN PNEUMONIA PADA BALITA (%)
MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Tata laksana pneumonia standar mengalami perluasan definisi menjadi penemuan kasus dan pengobatan standar menggunakan antibiotik. Pada tahun 2023, target persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2023 adalah 70%. Secara nasional, persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar tahun 2023 sebesar 94,8%, artinya sudah memenuhi target Renstra Kementerian Kesehatan. Jika dilihat berdasarkan provinsi, semua provinsi sudah mencapai target yaitu memiliki persentase lebih dari 70%.

GAMBAR 6.11
PERSENTASE PENGOBATAN KASUS PNEUMONIA SESUAI STANDAR
MENURUT PROVINSI TAHUN 2022



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Pada tahun 2023 angka kematian akibat pneumonia pada balita sebesar 0,13%. Angka kematian akibat pneumonia pada kelompok bayi lebih tinggi hampir tiga kali lipat dibandingkan pada kelompok anak umur 1 – 4 tahun. Cakupan penemuan pneumonia dan kematiannya menurut provinsi dan kelompok umur pada tahun 2023 selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 58.

4. Hepatitis

Hepatitis merupakan peradangan hati yang dapat berkembang menjadi fibrosis, sirosis atau kanker hati. Hepatitis disebabkan oleh berbagai faktor, seperti infeksi virus, zat beracun, dan penyakit autoimun. Penyebab paling umum Hepatitis adalah infeksi Virus Hepatitis A (VHA), virus hepatitis b (VHB), Virus Hepatitis C (VHC), Virus Hepatitis D (VHD) dan Virus hepatitis E (VHE).

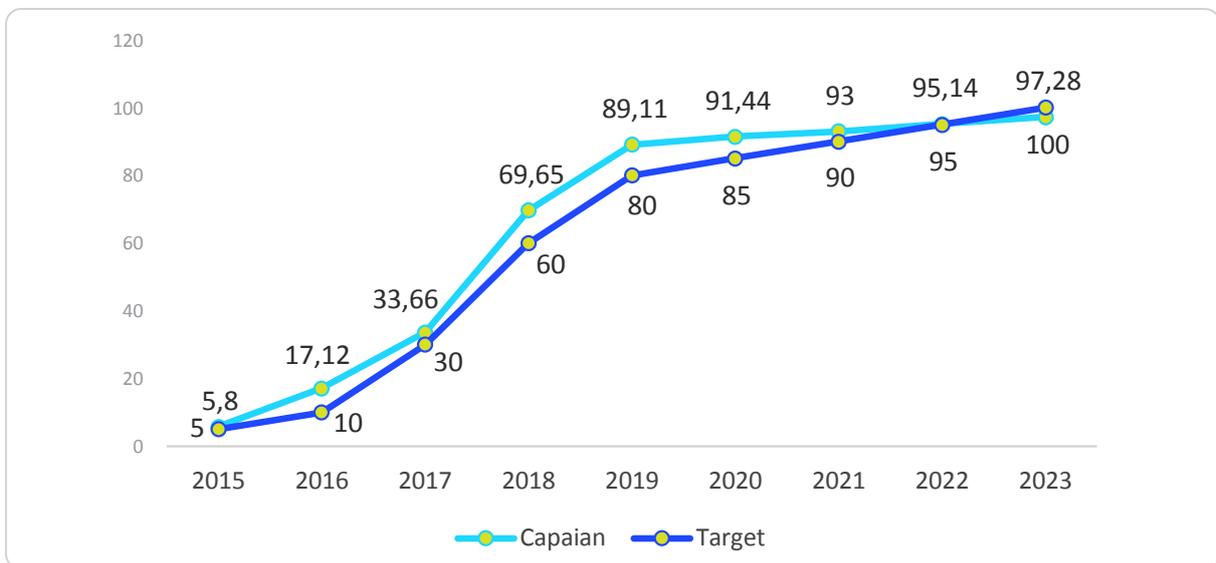
Menurut hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi hepatitis A, B, C, D dan E pada semua kelompok umur di Indonesia adalah 0,12%. Jika dilihat berdasarkan provinsi, provinsi dengan prevalensi hepatitis tertinggi adalah Papua Tengah (0,88%) dan provinsi dengan prevalensi hepatitis terendah adalah Riau (0,06%).

Meskipun ke lima jenis virus tersebut menyebabkan penyakit hati, tapi virus tersebut berbeda dalam hal penularan, tingkat keparahan penyakit dan pencegahan. Untuk Hepatitis A dan Hepatitis E, besaran masalah tidak diketahui dengan pasti. Namun mengingat kondisi sanitasi lingkungan, higiene dan sanitasi pangan, serta perilaku hidup bersih dan sehat yang belum optimal, maka masyarakat Indonesia merupakan kelompok berisiko untuk tertular Hepatitis A dan Hepatitis E. Sementara hepatitis B dan C merupakan jenis virus hepatitis yang menyebabkan penyakit kronis dan penyebab paling umum terjadinya sirosis hati, kanker hati dan kematian.

Menurut hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, Proporsi HBsAg reaktif (Hepatitis B) , pada semua umur sebesar 2,4% dan bila dilihat berdasarkan usia, proporsi tertinggi ada pada kategori usia 35-44, 45-54 dan 55- 64 tahun masing-masing 3,6% dan proporsi terendah ada pada usia 0-4 tahun sebesar 0.1%

Indikator kegiatan hepatitis saat ini merupakan indikator lanjutan dari tahun 2015-2019, Tahun 2015 – 2019 indikator kinerja hepatitis adalah Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B saja, tahun 2020 -2024 ditambah dengan Deteksi Dini Hepatitis C sehingga indikator di tahun 2020 – 2024 adalah persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko. Gambar 6.12 menunjukkan kenaikan target per tahun yang diikuti dengan kenaikan capaian target indikator. Pada tahun 2023 capaian indikator belum mencapai target Renstra tahun 2023 (100%), yaitu 97,28%.

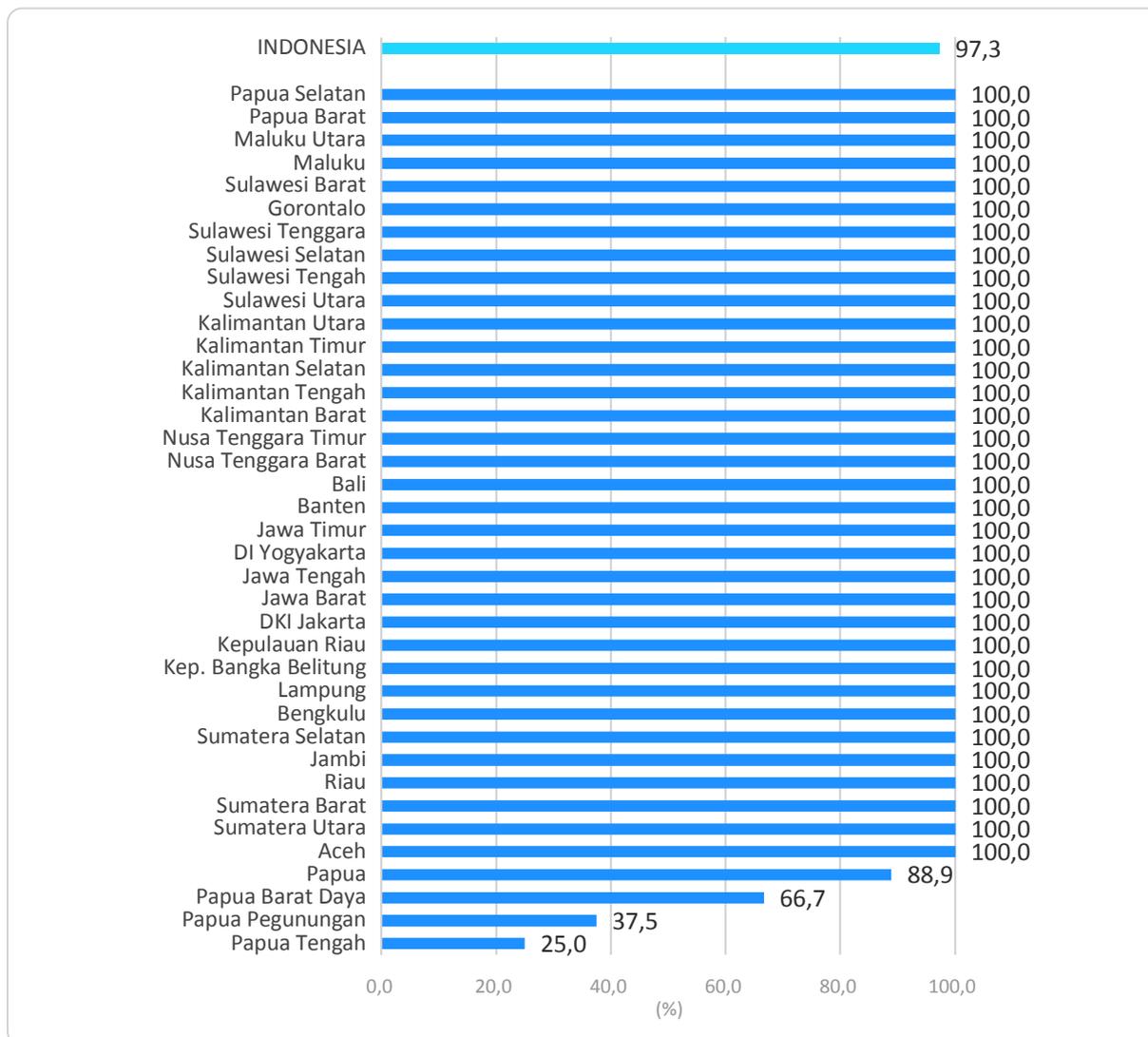
GAMBAR 6.12
TARGET DAN CAPAIAN INDIKATOR PERSENTASE KABUPATEN/KOTA YANG MELAKSANAKAN
DETEKSI DINI HEPATITIS B DAN HEPATITIS C
DI INDONESIA TAHUN 2015-2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2023

Dari 38 provinsi sebanyak 34 provinsi sudah mencapai 100% kabupaten/kota yang telah melaksanakan deteksi dini hepatitis B dan C, sedangkan sebanyak 4 provinsi yaitu Papua, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, dan Papua Tengah belum mencapai 100%.

GAMBAR 6.13
PERSENTASE KABUPATEN/KOTA MELAKSANAKAN DETEKSI DINI HEPATITIS B/C
MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2023

5. Diare

Penyakit Diare merupakan penyakit endemis yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan masih menjadi penyumbang angka kematian di Indonesia terutama pada balita. Menurut hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi diare pada semua kelompok umur sebesar 2%, pada balita sebesar 4,9%, dan pada bayi sebesar 3,9%. Sementara pada *Sample Registration System* tahun 2018, diare tetap menjadi salah satu penyebab utama kematian pada neonatus sebesar 7% dan pada bayi usia 28 hari sebesar 6%.

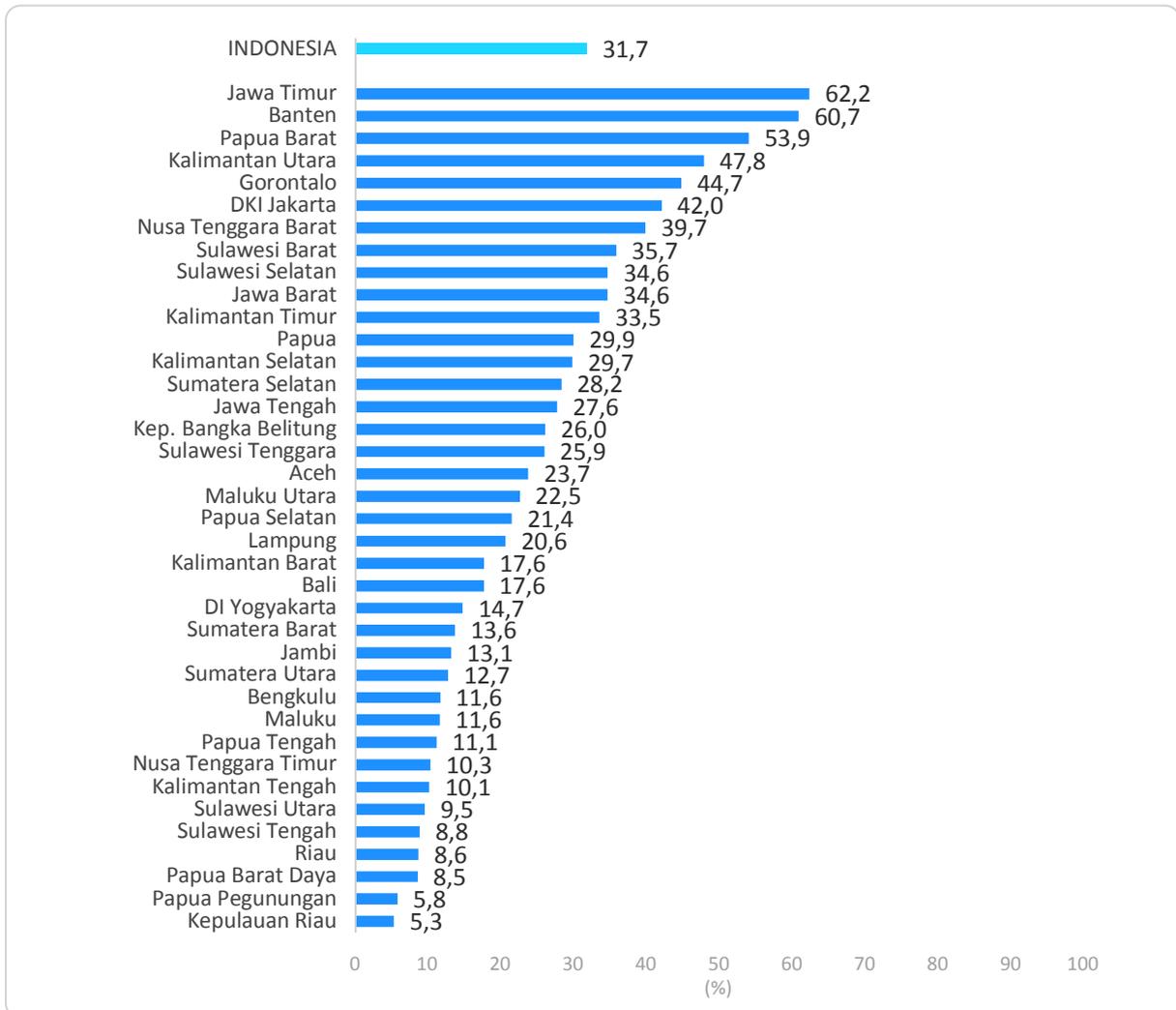
a. Cakupan Pelayanan Penderita Diare

Sasaran pelayanan penderita diare pada balita yang datang ke sarana kesehatan ditargetkan oleh program sebesar 20% dari perkiraan jumlah penderita diare pada balita. Sedangkan sasaran

pelayanan penderita diare pada semua umur ditargetkan sebesar 10% dari perkiraan jumlah penderita diare semua umur.

Pada tahun 2023 cakupan pelayanan penderita diare pada semua umur sebesar 41,5% dan pada balita sebesar 31,7% dari sasaran yang ditetapkan. Provinsi dengan cakupan tertinggi pelayanan diare pada balita adalah Jawa Timur (62,2%), sedangkan provinsi dengan cakupan terendah adalah Kepulauan Riau (5,3%).

GAMBAR 6.14
CAKUPAN PELAYANAN PENDERITA DIARE BALITA (%)
MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

b. Penggunaan Oralit dan Zink

LINTAS DIARE (Lima Langkah Tuntaskan Diare) menganjurkan bahwa semua penderita diare harus mendapatkan oralit untuk penderita semua umur, maka target penggunaan oralit sebesar 100% dari semua kasus diare yang mendapatkan pelayanan di puskesmas. Tahun 2023 secara nasional penggunaan oralit pada penderita diare semua umur sebesar 92,1%.

Tidak tercapainya target tersebut disebabkan pemberi layanan di puskesmas belum memberikan oralit/zink sesuai standar tata laksana pada penderita diare. Selain itu, masyarakat masih belum mengetahui tentang manfaat oralit/zink sebagai cairan yang harus diberikan pada setiap penderita diare untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

Selain oralit, balita juga diberikan zink yang merupakan mikronutrien yang berfungsi untuk mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja serta mencegah terjadinya diare berulang diare pada tiga bulan berikutnya. Penggunaan zink selama 10 hari berturut-turut pada saat balita diare merupakan terapi diare balita. Pada tahun 2023 cakupan rata-rata pemberian oralit dan zink pada balita diare sebesar 91,97%.

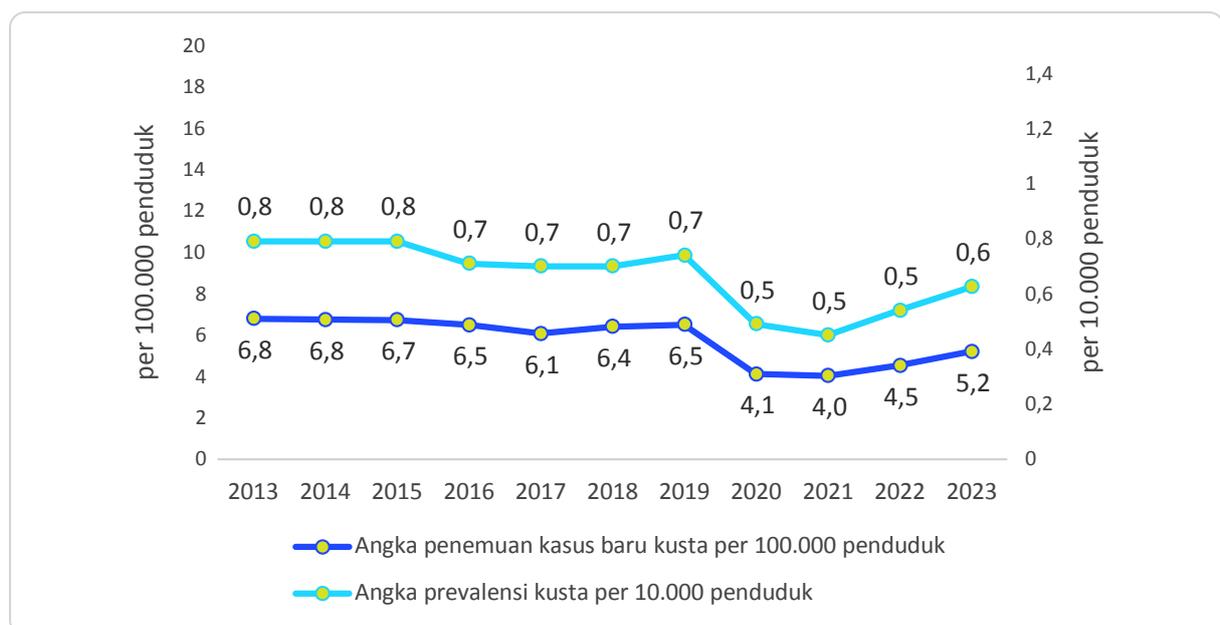
6. Kusta

Kusta merupakan penyakit menular yang disebabkan bakteri, *Mycobacterium leprae*. Penyakit kusta bersifat kronis, menyerang kulit, saraf tepi, dan organ tubuh lain kecuali saraf pusat. Terlambatnya dalam deteksi dini dan tatalaksana kasus kusta dapat mengakibatkan kecacatan, pada mata, tangan, dan kaki.

a. Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru

Angka prevalensi kusta di Indonesia pada tahun 2023 sebesar 0,63 kasus per 10.000 penduduk dan angka penemuan kasus baru sebesar 5,2 kasus per 100.000 penduduk. Tren angka kejadian kusta dapat dilihat pada Gambar 6.15. Selama sebelas tahun terakhir terlihat rasio prevalensi angka penemuan kasus kusta baru tren relatif menurun, tetapi kembali menunjukkan peningkatan sejak tahun 2022. Pada tahun 2023 dilaporkan terdapat 14.376 kasus baru kusta yang hampir 90% di antaranya merupakan kusta tipe *Multi Basiler* (MB).

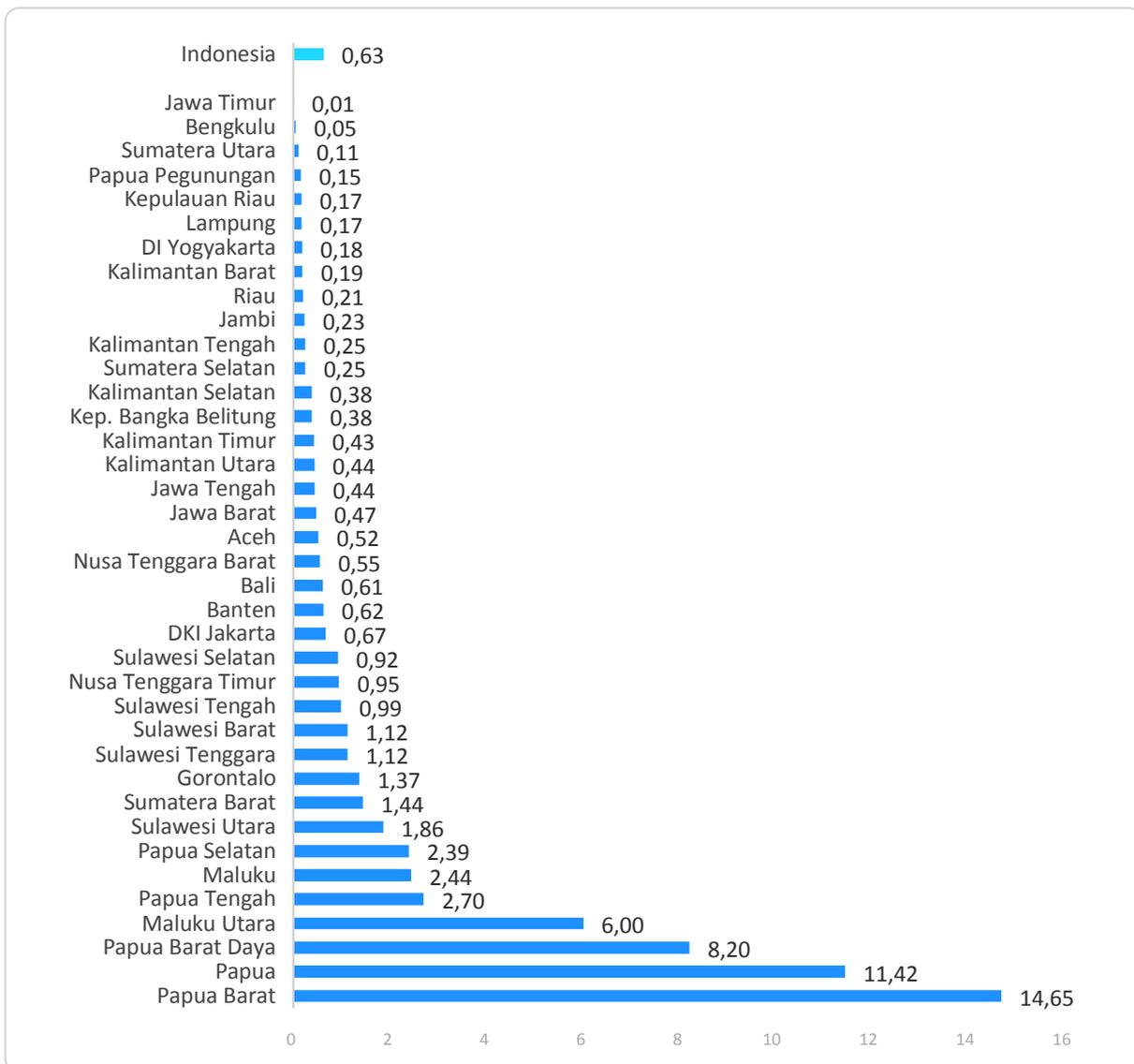
GAMBAR 6.15
ANGKA PREVALENSI DAN ANGKA PENEMUAN KASUS BARU KUSTA (NCDR)
TAHUN 2013-2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Provinsi dinyatakan telah mencapai eliminasi jika angka prevalensi <1 per 10.000 penduduk. Pada tahun 2023 sebanyak 27 provinsi dari 38 provinsi telah mencapai eliminasi kusta. Terdapat 12 provinsi yang belum mencapai eliminasi pada tahun 2023 yaitu Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sumatera Barat, Sulawesi Utara, Papua Selatan, Maluku, Papua Tengah, Maluku Utara, Papua Barat Daya, Papua dan Papua Barat.

GAMBAR 6.16
PREVALENSI KUSTA PER 10.000 PENDUDUK MENURUT PROVINSI TAHUN 2023

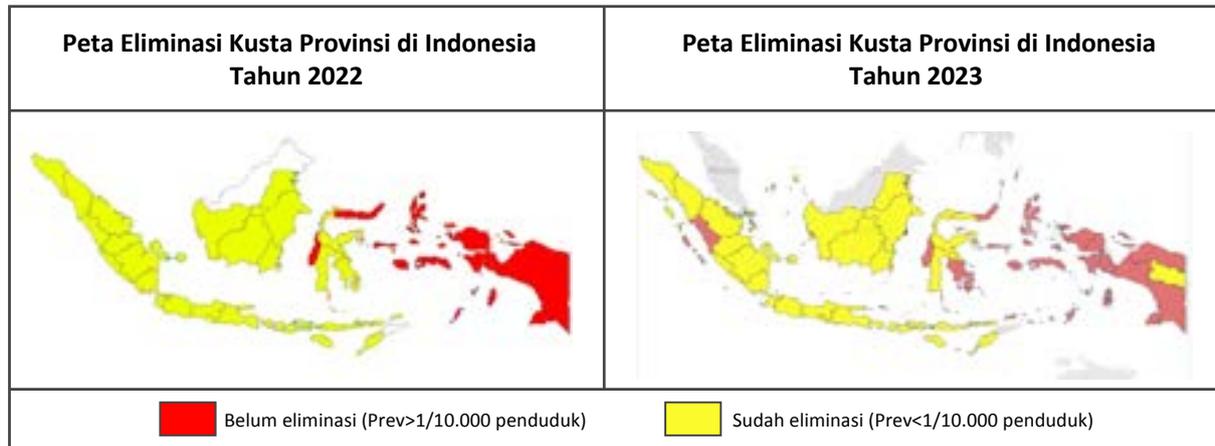


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Jika disajikan secara spasial, daerah yang berwarna kuning menandai provinsi yang sudah berstatus eliminasi kusta, sedangkan daerah yang berwarna merah menandai provinsi yang berstatus belum eliminasi kusta. Seluruh provinsi yang belum mencapai eliminasi kusta berada di sebagian Indonesia Bagian Tengah dan sebagian besar Indonesia Bagian Timur, kecuali Papua Pegunungan. Provinsi Sumatera Barat dan Sulawesi Tenggara yang pada tahun sebelumnya sudah mencapai eliminasi, kembali berwarna merah karena angka prevalensi kusta per 10.000 penduduk meningkat menjadi di atas 1 per 10.000 penduduk.

Jumlah kabupaten/kota yang sudah mencapai eliminasi adalah 390 kabupaten/kota. Jumlah ini belum mencapai target eliminasi kusta tahun 2023 yaitu 482 kabupaten/kota dikarenakan berbagai kendala baik dari sumber daya manusia dan logistik *multi drug therapy* (MDT).

GAMBAR 6.17
PETA ELIMINASI KUSTA PROVINSI DI INDONESIA
TAHUN 2022 DAN 2023

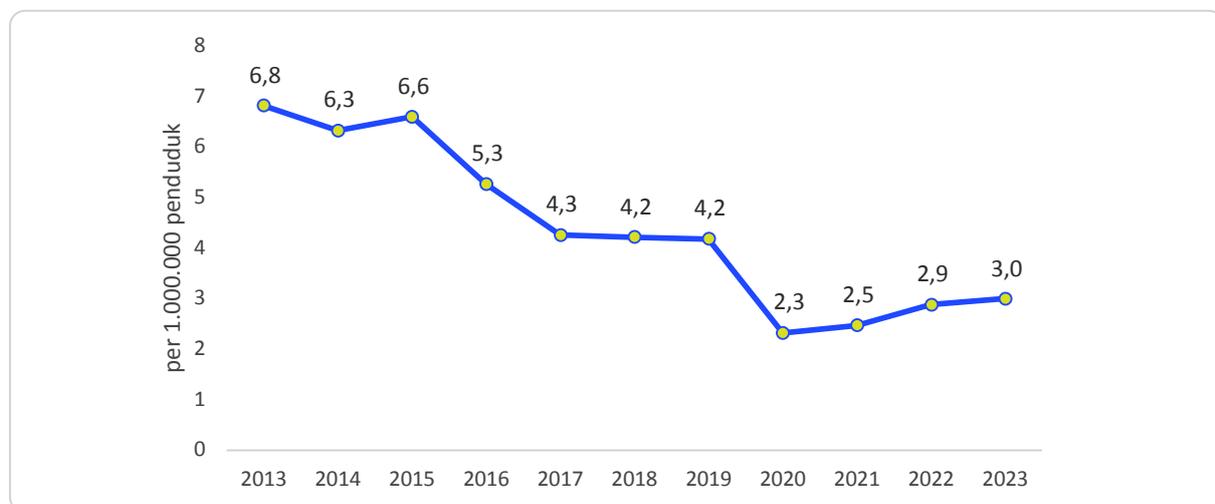


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

b. Angka Disabilitas Tingkat 2

Peningkatan deteksi kasus sejak dini diperlukan dalam pengendalian kasus kusta. Salah satu indikator yang digunakan untuk menunjukkan keberhasilan dalam mendeteksi kasus baru kusta secara dini yaitu angka disabilitas tingkat 2. Pada tahun 2023 angka disabilitas tingkat 2 sebesar 3 per 1.000.000 penduduk. Jika dilihat tren dalam sebelas tahun terakhir, angka disabilitas tingkat 2 cenderung menurun.

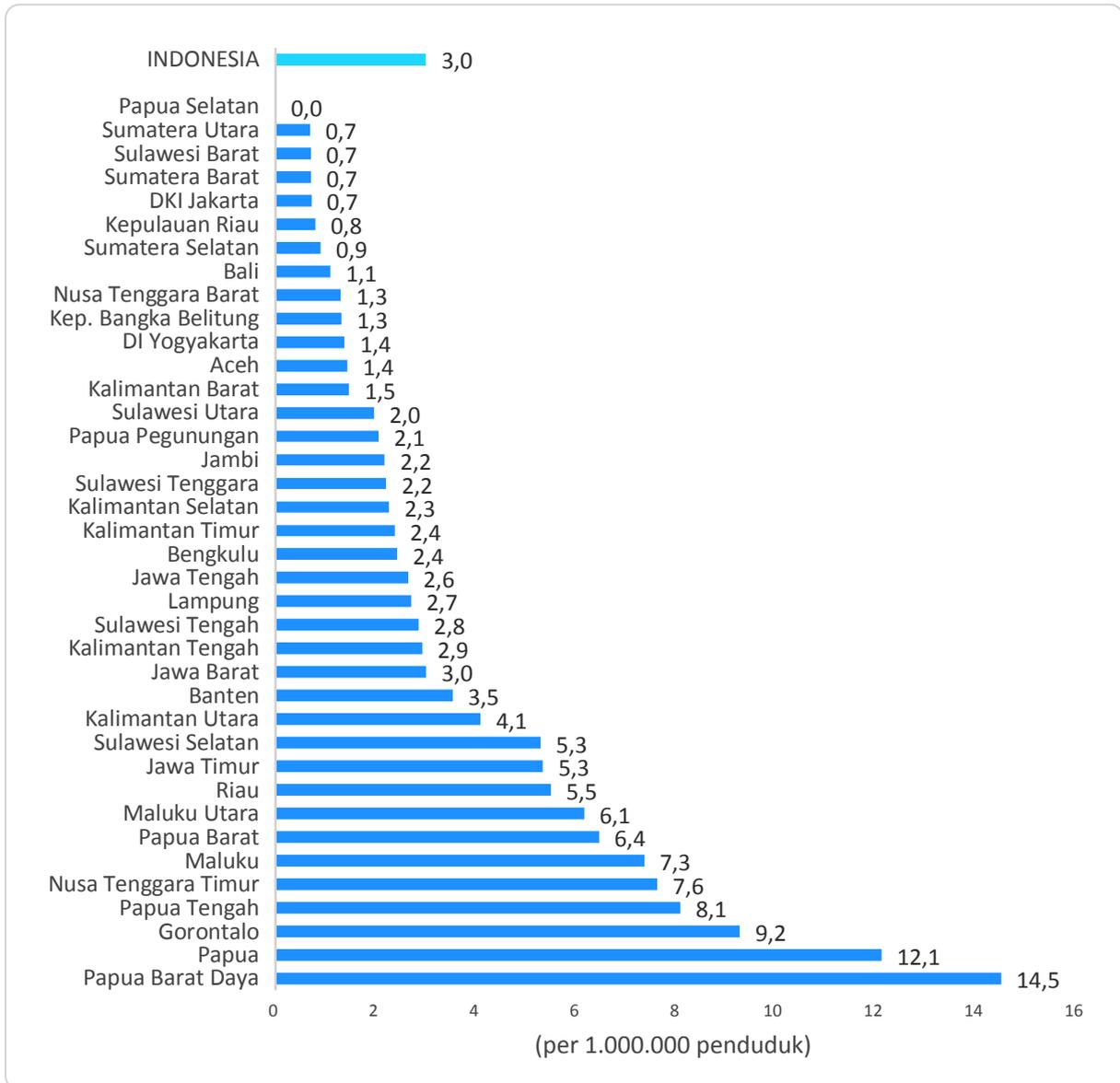
GAMBAR 6.18
ANGKA DISABILITAS TINGKAT 2 PENDERITA KUSTA BARU PER 1.000.000 PENDUDUK
DI INDONESIA TAHUN 2013-2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Berdasarkan provinsi, tidak ditemukan kasus kusta baru dengan disabilitas tingkat 2 di Provinsi Papua Selatan. Angka disabilitas 2 tertinggi terjadi di Provinsi Papua Barat Daya yaitu 14,5 per 1.000.000 penduduk. Target program di tahun 2023 angka disabilitas tingkat 2 adalah <1 per 1.000.000 penduduk. Pada tahun 2023, hanya tujuh provinsi yang dapat mencapai target tersebut yaitu Papua Selatan, Sumatera Utara, Sulawesi Barat, Sumatera Barat, DKI Jakarta, Kepulauan Riau, dan Sumatera Selatan.

GAMBAR 6.19
ANGKA DISABILITAS TINGKAT 2 KUSTA PER 1.000.000 PENDUDUK
PER PROVINSI TAHUN 2023

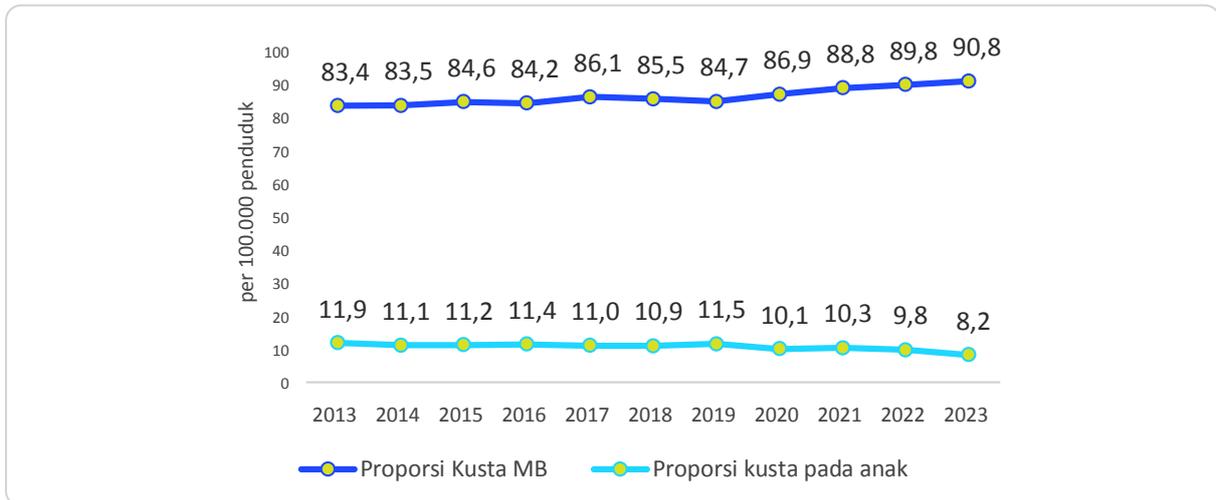


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

c. Proporsi Kusta Multibasiler (MB) dan Proporsi Kusta Baru pada Anak

Proporsi kusta MB dan proporsi kusta pada anak (0-14 tahun) di antara kasus baru memperlihatkan adanya sumber penularan tersembunyi serta tingginya tingkat penularan di masyarakat.

GAMBAR 6.20
PROPORSI KUSTA MB DAN PROPORSI KUSTA PADA ANAK
DI INDONESIA TAHUN 2013 - 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Tidak banyak terjadi perubahan proporsi kusta MB selama periode 2013 - 2023. Kasus kusta tipe MB masih mendominasi di Indonesia menunjukkan banyaknya sumber penularan di masyarakat. Provinsi dengan proporsi kusta MB tertinggi pada tahun 2023 yaitu Sumatera Utara (98%) dan Gorontalo (97,6%).

Proporsi kusta pada anak mulai mengalami penurunan sejak tahun 2021. Pada tahun 2023, proporsi kusta pada anak adalah 8,2%. Provinsi dengan proporsi kusta pada anak tertinggi yaitu Papua (21,9%) dan Papua Barat (21,4%). Data terkait penyakit kusta selengkapnya terdapat pada Lampiran 64 - 67.

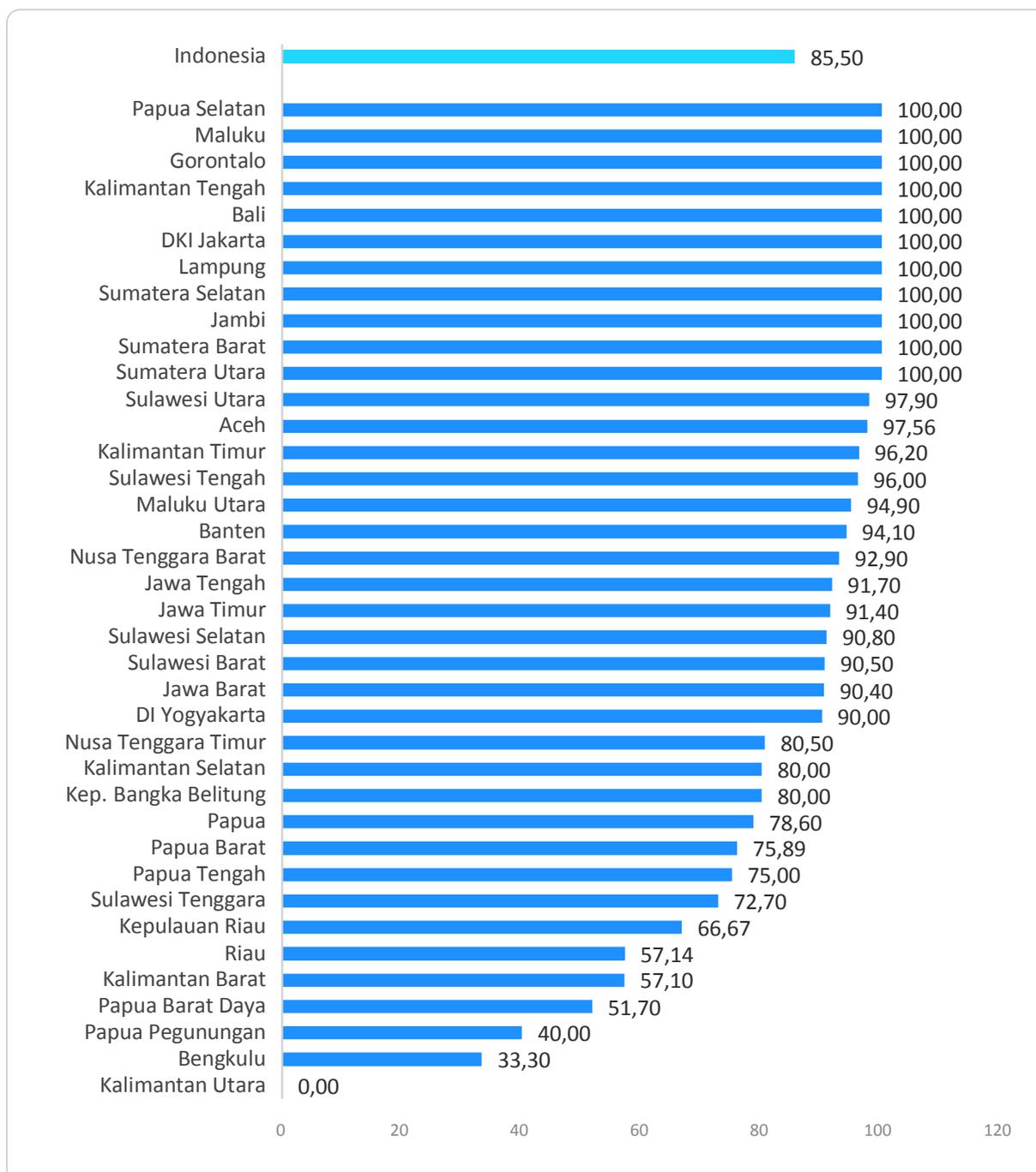
d. Penderita Kusta Selesai Berobat (*Release From Treatment/RFT*)

Indikator persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (*RFT rate*) sangat penting digunakan dalam menilai kualitas tatalaksana penderita dan kepatuhan penderita dalam minum obat. Indikator tersebut merupakan indikator tahunan dan perhitungannya dilakukan berdasarkan penderita yang memulai pengobatan MDT pada periode kohort yang sama.

Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu merupakan jumlah penderita baru kusta (PB/MB) 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) dinyatakan dalam persentase.

Pada tahun 2023, cakupan RFT di Indonesia sudah cukup tinggi, yaitu untuk kusta PB sebesar 85,5% dan kusta MB sebesar 84,9%. Penderita kusta PB yang telah selesai berobat di tahun 2023 adalah penderita kusta yang tercatat pada kohort sejak tahun sebelumnya yaitu tahun 2022. Sebelas provinsi telah mencapai 100% persentase penderita kusta PB yang selesai berobat. Pada Provinsi Kalimantan Utara tidak ada penderita kusta yang selesai berobat di tahun 2023 karena memang tidak ada kasus kusta PB di provinsi tersebut.

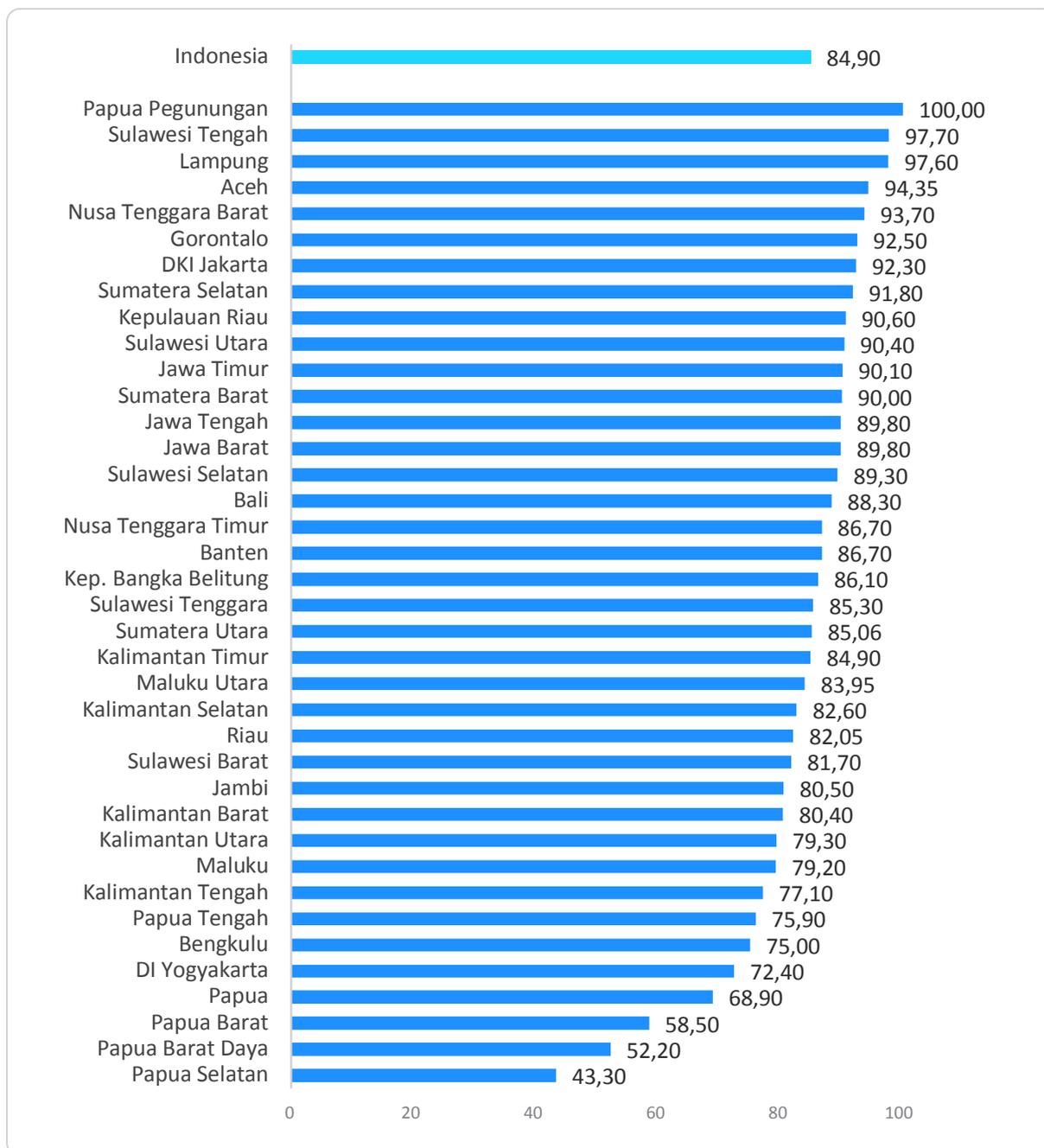
GAMBAR 6.21
CAKUPAN RFT KUSTA PB MENURUT PROVINSI
TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Penderita kusta MB yang tercatat selesai berobat di tahun 2023 adalah penderita kusta MB yang tercatat pada kohort sejak 2 tahun sebelumnya, yaitu tahun 2021. Provinsi dengan cakupan tertinggi kusta MB selesai berobat adalah Papua Pegunungan dengan jumlah penderita kusta MB selesai berobat sebanyak 5 orang. Provinsi dengan cakupan terendah adalah Papua Selatan dengan persentase sebesar 43,3%.

GAMBAR 6.22
CAKUPAN RFT KUSTA MB MENURUT PROVINSI
TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

7. Coronavirus Disease (COVID-19)

Sejak dilaporkan pertama kali pada tanggal 31 Desember 2019 di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Cina, penyakit COVID-19 menyebar ke seluruh dunia dan pada tanggal 11 Maret 2020 WHO menetapkan COVID-19 sebagai pandemi. *Coronavirus disease* (COVID-19) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh jenis virus corona yang baru ditemukan yaitu *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2).

Kebanyakan pasien memiliki prognosis baik, dengan sebagian kecil dalam kondisi kritis bahkan meninggal. Orang lanjut usia dan dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, gangguan jantung, paru, diabetes dan kanker berisiko mengalami tingkat keparahan lebih tinggi.

COVID-19 ditularkan melalui droplet, penularan terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernafasan (misalnya: batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang terinfeksi. Oleh karena itu, penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan atau benda yang digunakan pada orang yang terinfeksi.

Dalam rangka upaya penanggulangan dini wabah COVID-19, Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor K.01.07/MENKES/104/2020 tentang Penetapan Infeksi Novel Coronavirus (Infeksi 2019-nCoV) Sebagai Jenis Penyakit yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangannya. Penetapan didasari oleh pertimbangan bahwa infeksi Novel Coronavirus (infeksi 2019-nCoV) telah dinyatakan WHO sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD)/*Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Setelah tiga tahun berjalan pandemi COVID-19, melalui Peraturan Presiden Nomor 48 tahun 2023 tentang Pengakhiran Penanganan Pandemi COVID-19, pada tanggal 4 Agustus 2023 pemerintah menyatakan berakhirnya status pandemi COVID-19 di Indonesia.

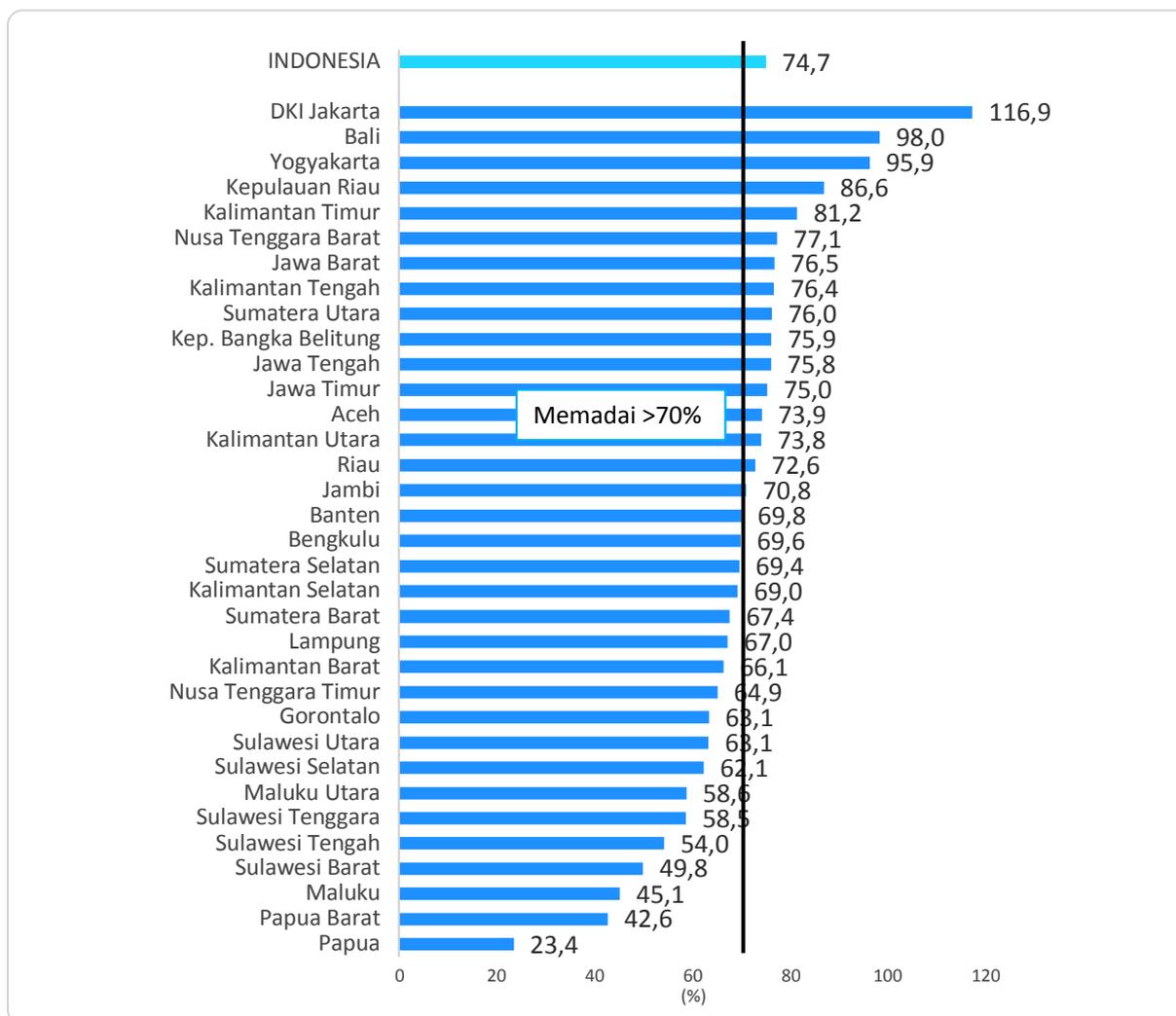
Sejak pertama kali diumumkan adanya kasus COVID-19 di Indonesia pada tanggal 2 Maret 2020 sampai 30 Desember 2023, tercatat kasus konfirmasi di Indonesia sebesar 6.821.940 kasus. Jumlah kasus konfirmasi yang dilaporkan sepanjang tahun 2023 adalah 101.978 kasus. Jumlah kasus konfirmasi tertinggi pada tahun 2023 dilaporkan dari Provinsi DKI Jakarta (35.608), Jawa Barat (21.483), dan Jawa Timur (12.715).

Secara kumulatif, hampir seluruh kasus COVID-19 sembuh. *Recovery rate* di Indonesia dan level provinsi rata-rata sudah lebih dari 90%. *Case fatality rate* (CFR) COVID-19 pada tahun 2023 di Indonesia sebesar 1,32%. Provinsi dengan CFR tertinggi yaitu Maluku (9,09%), Sumatera Barat (6,67%), dan Aceh (6,22%).

Untuk memutus rantai penularan COVID-19, selain melaksanakan protokol kesehatan secara ketat, diperlukan upaya untuk meningkatkan imunitas masyarakat. Vaksinasi bertujuan untuk meningkatkan kekebalan kelompok (*herd immunity*). Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 telah dilaksanakan sejak tanggal 13 Januari 2021 dengan total sasaran 234.660.020 penduduk usia ≥ 6 tahun.

Hingga tahun 2023, pemerintah telah mencanakan program vaksinasi covid-19 dari vaksinasi pertama, vaksinasi primer lengkap (sesuai jenis vaksin yang digunakan), dan booster 1 dan 2. Capaian vaksinasi primer lengkap di Indonesia tahun 2023 sebesar 74,7%. Berdasarkan KMK Nomor HK.01.07/MENKES/762/2022 tentang Indikator Penyesuaian Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pembatasan Sosial dalam Penanggulangan Pandemi COVID-19, vaksinasi dikategorikan memadai jika mencapai lebih dari 70% target. Dengan demikian capaian vaksinasi COVID-19 dosis lengkap tahun 2023 secara nasional telah memadai. Terdapat 47% provinsi yang telah mencapai vaksinasi primer lengkap memadai, dengan capaian tertinggi yaitu DKI Jakarta (116,9%), Bali (98%), dan D.I. Yogyakarta (95,9%).

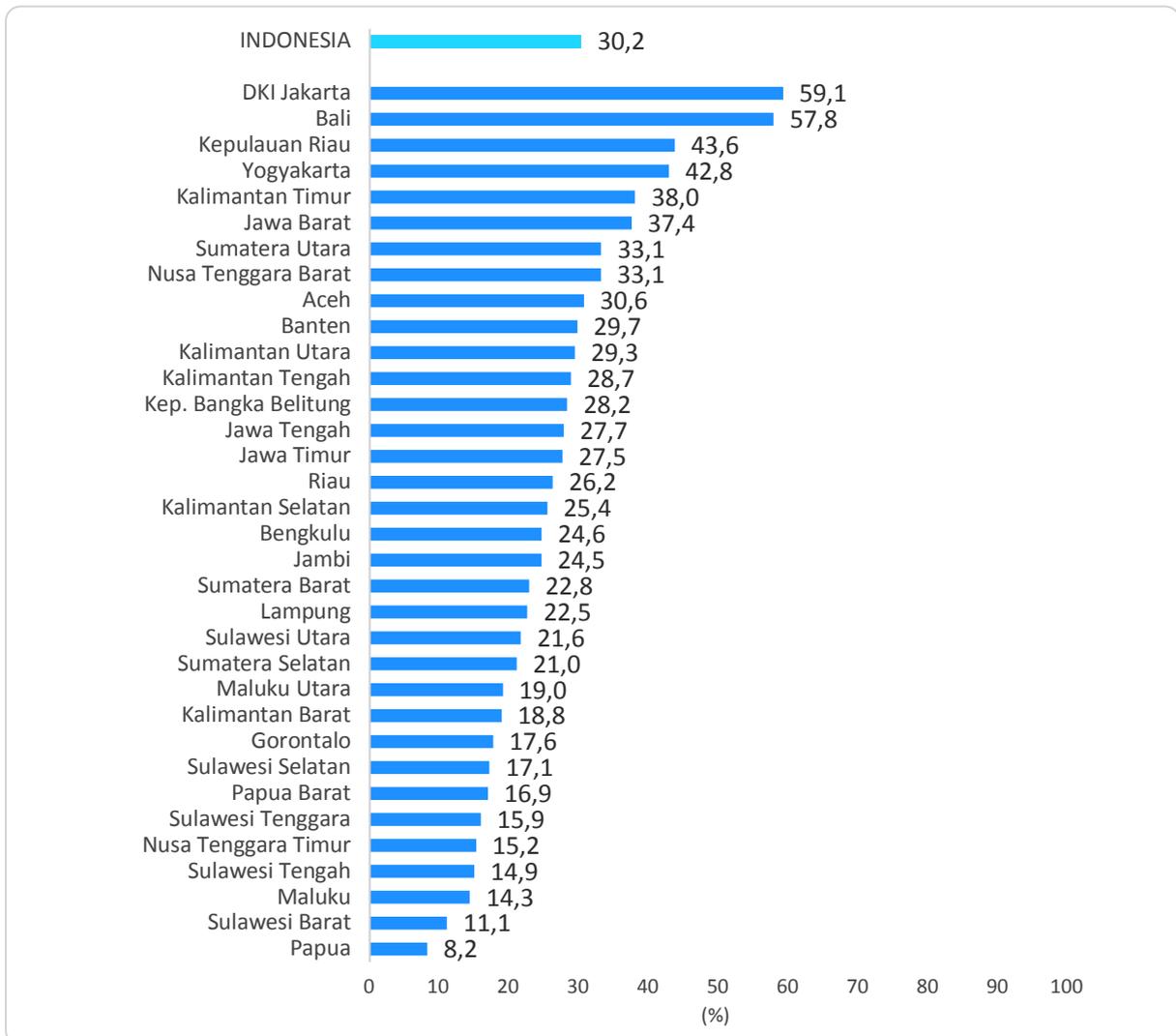
GAMBAR 6.23
CAPAIAN VAKSINASI COVID-19 DOSIS LENGKAP
MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



Sumber: Pusat Data dan Teknologi Informasi, 2024, Data filter per 31 Desember 2023

Sejak Januari 2022 Kementerian Kesehatan telah menerbitkan surat edaran nomor HK.02.02/II/252/2022 mengenai pemberian vaksin COVID-19 dosis lanjutan (*booster*). Hasil studi menunjukkan telah terjadi penurunan antibodi pada enam bulan setelah mendapatkan vaksinasi COVID-19 dosis primer lengkap, sehingga dibutuhkan pemberian dosis *booster* untuk meningkatkan proteksi individu terutama pada kelompok masyarakat rentan. Vaksinasi *booster* diselenggarakan untuk sasaran penduduk usia 18 tahun ke atas dengan prioritas kelompok lansia dan penurunan sistem imunitas (imunokompromi). Selama tahun 2023 sebanyak 30,2% target penduduk telah mendapatkan vaksinasi *booster* dengan provinsi tertinggi DKI Jakarta (59,1%) dan Bali (57,8%). Dibandingkan dengan target WHO *booster* 1 sebesar 50% maka secara nasional Indonesia belum mencapai target capaian vaksinasi *booster* 1.

GAMBAR 6.24
CAPAIAN VAKSINASI COVID-19 BOOSTER 1
DI INDONESIA TAHUN 2023



Sumber: Pusat Data dan Teknologi Informasi, 2024, Data filter per 31 Desember 2023

Dalam menindaklanjuti Keputusan Presiden Nomor 17 Tahun 2023 tentang Penetapan Berakhirnya Status Pandemi *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) di Indonesia dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2023 tentang Pedoman Penanggulangan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19), Kementerian Kesehatan menetapkan pemberian imunisasi rutin COVID-19 untuk kelompok tertentu. Hal ini ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2193/2023 tentang Pemberian Imunisasi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Program.

Kelompok sasaran imunisasi COVID-19 program adalah kelompok sasaran yang belum pernah menerima vaksin COVID-19 dan yang sudah menerima minimal 1 dosis vaksin COVID-19 yang terdiri dari kelompok lanjut usia, lanjut usia dengan komorbid, dewasa dengan komorbid, tenaga kesehatan yang bertugas di garda terdepan, ibu hamil, remaja usia dua belas tahun ke atas, dan kelompok usia lainnya dengan kondisi gangguan sistem imun (*immunocompromized*) sedang sampai berat. Pemberian imunisasi COVID-19 program akan dilaksanakan mulai 1 Januari 2024 di seluruh Indonesia.

B. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)

Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi saat ini masih mengancam dunia karena dapat mengakibatkan kematian dan kecacatan. Imunisasi merupakan suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan menjadi sakit atau hanya mengalami sakit ringan (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017). Dengan memberikan imunisasi secara tepat waktu, maka masyarakat dapat tetap terlindung dan terjadinya wabah PD3I dapat dicegah. Untuk mendapatkan perlindungan seumur hidup, seseorang perlu mendapatkan imunisasi sesuai dosis dan jadwal secara terus menerus dan berkesinambungan. Selain **imunisasi rutin**, yaitu imunisasi bayi, imunisasi anak bawah dua tahun (baduta), imunisasi anak usia sekolah dan imunisasi dewasa, juga dikenal **imunisasi kejar, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus**. Imunisasi kejar diberikan pada bayi, baduta dan anak usia sekolah yang belum mendapatkan dosis vaksin sesuai usia yang ditentukan pada jadwal imunisasi rutin. Imunisasi tambahan merupakan jenis imunisasi tertentu yang diberikan pada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai dengan kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu, sementara itu imunisasi khusus dilaksanakan untuk melindungi seseorang dan masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu.

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya dalam mencegah dan mengendalikan PD3I. Upaya-upaya yang dilakukan antara lain:

- a. Meningkatkan cakupan imunisasi lengkap, karena imunisasi merupakan pencegahan spesifik dari PD3I;
- b. Melakukan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan imunisasi;
- c. Melaksanakan peningkatan kapasitas petugas surveilans PD3I dalam rangka meningkatkan kinerja surveilans AFP dan campak-rubela serta pengendalian difteri;
- d. Menyusun, menyediakan, dan mendistribusikan petunjuk teknis surveilans PD3I
- e. Menyediakan dan mendistribusikan media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) surveilans PD3I;
- f. Melakukan sosialisasi tentang PD3I kepada lintas program dan lintas sektor terkait serta organisasi profesi (IDI, IDAI, IBI, PPNI, PAEI, dll)
- g. Melaksanakan pertemuan rutin dengan Komite Ahli Nasional PD3I, untuk mendapatkan rekomendasi dalam rangka mencapai target eradikasi polio, eliminasi campak-rubela/CRS serta pengendalian difteri dan strategi penanggulangan KLB.
- h. Melaksanakan pertemuan jejaring laboratorium difteri, campak-rubela/CRS, dan polio;
- i. Melakukan pendampingan penyelidikan epidemiologi penyakit potensial KLB termasuk PD3I ke daerah-daerah.

Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah sebagai berikut:

1. Tetanus Neonatorum

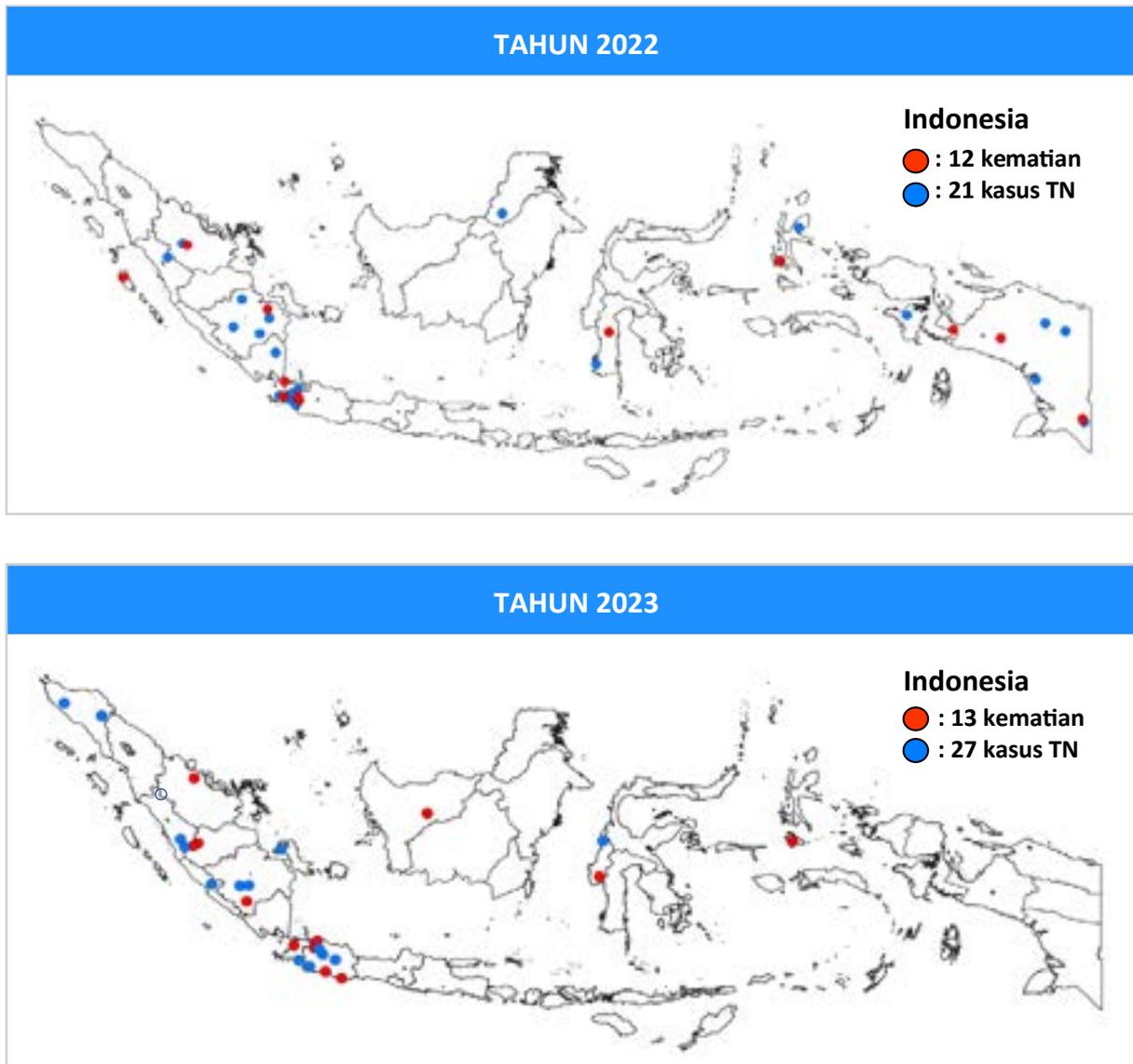
Tetanus Neonatorum (TN) merupakan penyakit tetanus yang menyerang neonatus (bayi usia <28 hari). Walaupun disebut sebagai *silent killer*, penyakit ini bisa dicegah melalui pemberian vaksin Tetanus Toxoid (TT) secara tepat waktu, selain menjaga kebersihan tempat praktik bersalin, serta proses persalinan, dan perawatan tali pusat yang bersih dan aman. Penyebab utama dari penyakit ini adalah infeksi bakteri *Clostridium tetani*, yaitu bakteri yang menghasilkan racun yang dapat menyerang otak dan sistem saraf pusat. Bakteri ini biasa ditemukan di tanah, debu, dan kotoran hewan. Bakteri *Clostridium tetani* bisa menginfeksi seseorang, melalui luka goresan, sobekan, atau luka tusukan yang disebabkan oleh benda-benda yang terkontaminasi. Tetanus tidak dapat ditularkan dari orang ke orang, tetapi pada bayi yang baru lahir tetanus neonatorum terjadi oleh karena bakteri ini masuk ke dalam tubuh bayi melalui praktik persalinan yang tidak *higienis*, seperti memotong dan merawat tali pusat yang tidak bersih atau steril. Persalinan yang dilakukan oleh penolong persalinan dengan tangan yang tidak steril dan terkontaminasi juga merupakan faktor risiko terjadinya kasus tetanus neonatorum. Masa inkubasi dari penyakit ini adalah 3-10 hari. Tanda dan gejala biasanya muncul pada hari ke-3 sampai 28 setelah kelahiran (rata-rata 7 hari setelah kelahiran). Apabila masa inkubasi kurang dari 7 hari, biasanya memiliki prognosis penyakit lebih buruk dan mempunyai angka kematian yang tinggi.

Indonesia pada tahun 2016 berhasil mencapai status eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (TMN) dan menjadi negara terakhir di Wilayah Regional Asia Tenggara WHO yang divalidasi untuk eliminasi TMN. Eliminasi tetanus maternal dan neonatal atau *Maternal and Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE) didefinisikan sebagai situasi dimana kejadian kasus TN < per 1000 kelahiran hidup di setiap kabupaten/kota. Saat ini Indonesia terus berupaya untuk mempertahankan status eliminasi TMN. Ada 4 strategi yang direkomendasikan oleh WHO untuk dapat mempertahankan status eliminasi TMN, yaitu penguatan imunisasi rutin, pemberian imunisasi tetanus tambahan (*Supplementary Immunization Activities/SIA*) di wilayah-wilayah risiko tinggi dengan menargetkan wanita usia subur, mempromosikan persalinan dan perawatan tali pusat yang bersih, dan penguatan surveilans TN.

Pada penyakit tetanus, kekebalan tidak bisa didapat setelah terjadi infeksi. Kekebalan terhadap penyakit tetanus hanya dapat diperoleh melalui kekebalan buatan secara pasif dengan suntikan anti tetanus serum dan/atau secara aktif dengan pemberian imunisasi yang mengandung tetanus (jenis vaksin yang diberikan sesuai usia). Jadwal imunisasi tetanus dengan vaksin yang mengandung tetanus toxoid saat ini di Indonesia adalah DPT-HB-Hib (umur 2, 3, 4, dan 18 bulan), DT (SD/ sederajat Kelas 1), Td 2 dosis (SD/ sederajat kelas 2 dan 5), dan Td WUS (15-39 tahun).

Selama tahun 2021-2023, jumlah kasus TN secara terus menerus mengalami peningkatan. Jumlah kasus TN pada tahun 2023 sebanyak 27 kasus, sedikit meningkat dari jumlah kasus TN pada tahun 2022, yaitu sebanyak 21 kasus, dan tahun 2021 sebanyak 11 kasus. Walaupun jumlah kasus meningkat, tapi angka *Case Fatality Rate (CFR)* pada tahun 2023 menurun, yaitu sebesar 48,1%. Angka ini menurun dari tahun sebelumnya, yaitu sebesar 57%. Kasus TN tersebar pada 12 provinsi, yaitu Aceh, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu, Kep. Bangka Belitung, Jawa Barat, Banten, Kalimantan Barat, Sulawesi Barat, Maluku Utara. Dari 12 provinsi tersebut, terdapat 8 provinsi dengan kasus kematian TN, yaitu Provinsi Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Jawa Barat, Banten, Kalimantan Barat, Sulawesi Barat, Maluku Utara. Dari 8 provinsi tersebut, terdapat 3 provinsi dengan CFR sebesar 100% yaitu Provinsi Riau, Kalimantan Barat, Maluku Utara. Sebaran kasus TN dapat dilihat pada Gambar 6.25 di bawah ini.

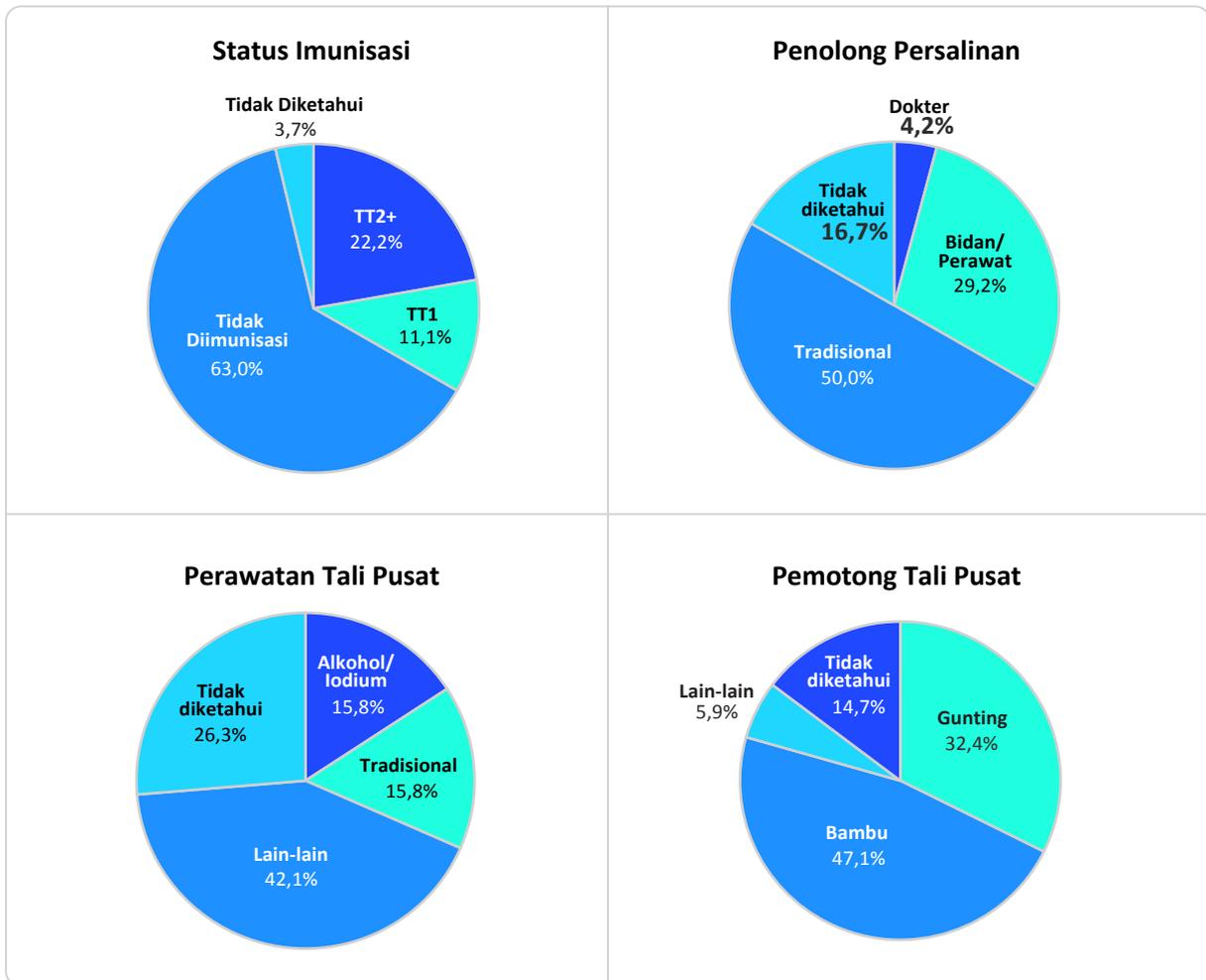
GAMBAR 6.25
SEBARAN KASUS *TETANUS NEONATORUM* PER PROVINSI
TAHUN 2022 - 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Berdasarkan faktor risiko terjadinya kasus TN, dari 27 kasus yang terjadi pada tahun 2023, proporsi kasus dominan terjadi pada penderita yang tidak diimunisasi sebanyak 17 kasus (63%), penolong persalinan yang dilakukan oleh tenaga tradisional sebanyak 12 kasus (50%), perawatan tali pusat yang dilakukan secara lain-lain sebanyak 8 kasus (42,1%), alat pemotong tali pusat yang menggunakan bambu sebanyak 16 kasus (47,1%). Dari keseluruhan kasus TN, mayoritas penderita tidak dirawat di rumah sakit, yaitu sebanyak 25 penderita (83,3%). Hal ini berbeda dengan tahun sebelumnya, dimana lebih banyak penderita yang dirawat di rumah sakit dibandingkan dengan yang tidak dirawat. Jika mengacu pada proporsi kasus TN berdasarkan faktor risiko maka kita dapat melihat bahwa tingginya kenaikan kasus TN pada tahun 2023 disebabkan oleh rendahnya cakupan imunisasi, praktik persalinan yang tidak higienis, dan perawatan tali pusat yang tidak bersih.

GAMBAR 6.26
PROPORSI KASUS *TETANUS NEONATORUM* MENURUT FAKTOR RISIKO
DI INDONESIA TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

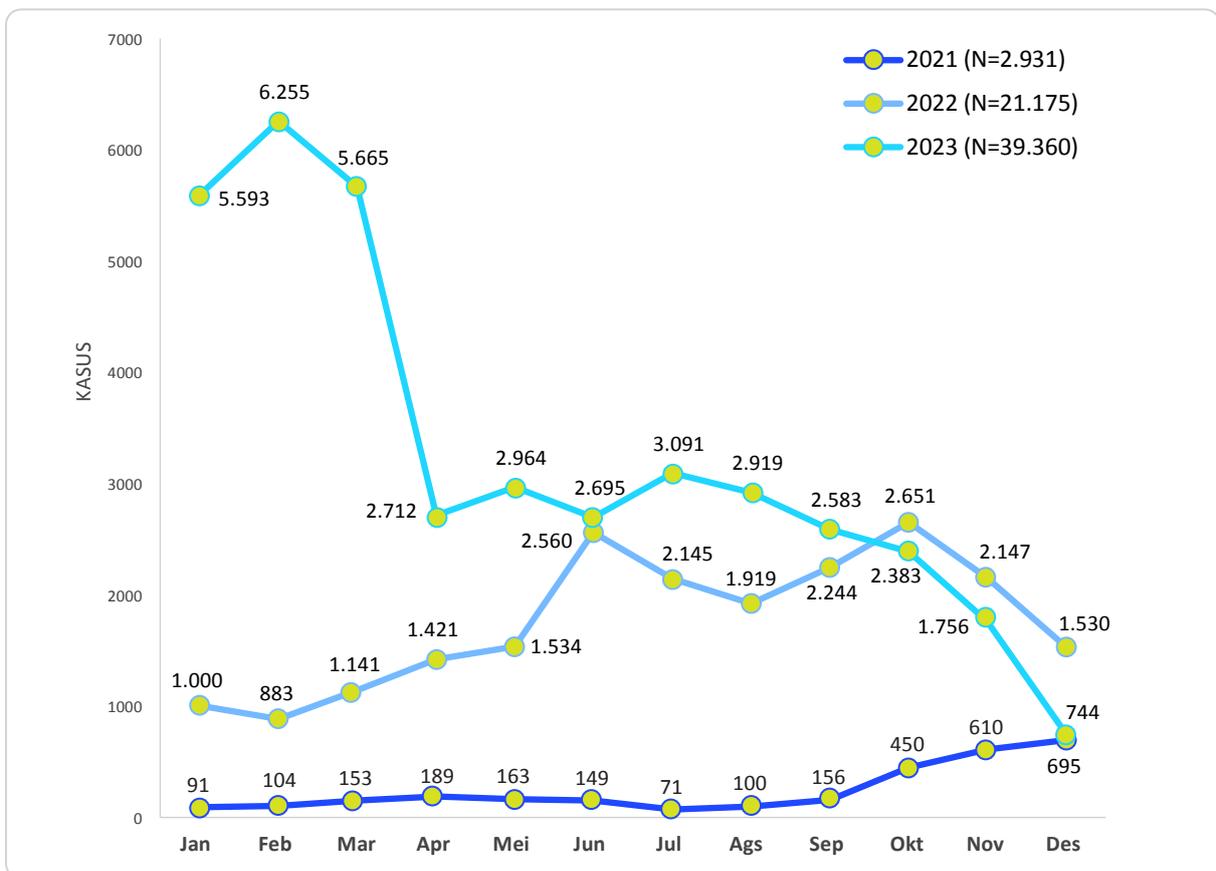
2. Campak

Penyakit campak yang biasanya juga dikenal sebagai morbili atau *measles* merupakan penyakit yang sangat menular disebabkan oleh virus dari *genus Morbillivirus* dan termasuk golongan *Paramyxovirus*. Campak menjadi penyebab penting kematian anak-anak di seluruh dunia. Kelompok anak usia pra sekolah dan usia SD merupakan kelompok rentan tertular penyakit campak. Campak akan menyerang hampir 100% anak yang tidak kebal terhadap virus tersebut. Manusia diperkirakan satu-satunya reservoir, walaupun monyet dapat terinfeksi tetapi tidak berperan dalam penyebaran. Campak ditularkan melalui udara yang terkontaminasi droplet dari hidung, mulut, atau tenggorokan orang yang terinfeksi. Masa inkubasi penyakit campak adalah 7-18 hari, rata-rata 10 hari. Gejala awal biasanya muncul 10-12 hari setelah infeksi, termasuk demam tinggi, pilek, mata merah, dan bintik-bintik putih kecil di bagian dalam mulut. Beberapa hari kemudian, akan muncul ruam maculopapular, mulai pada wajah dan leher bagian atas dan secara bertahap menyebar ke bawah. Campak berat mungkin terjadi pada anak-anak yang menderita kurang gizi, terutama pada mereka yang kekurangan vitamin A, atau yang sistem kekebalan tubuhnya telah dilemahkan oleh penyakit lain. Komplikasi yang paling serius termasuk kebutaan, *ensefalitis* (infeksi yang menyebabkan pembengkakan otak), diare berat

dan dehidrasi, serta infeksi pernafasan berat seperti *pneumonia*. Seseorang yang pernah menderita campak akan mendapatkan kekebalan terhadap penyakit tersebut seumur hidupnya.

Suspek campak adalah setiap kasus dengan gejala minimal demam dan ruam *maculopapular*, kecuali sudah terbukti secara laboratorium disebabkan oleh penyakit lain. Penemuan kasus suspek campak merupakan salah satu strategi surveilans yang dilakukan untuk menemukan kasus campak lebih dini sehingga bisa terhindar dari komplikasi dan kematian. Pada tahun 2023 terdapat kasus suspek campak sebanyak 39.360 kasus dan tersebar di seluruh provinsi di Indonesia. Jumlah kasus tersebut meningkat hampir dua kali lipat dibandingkan dengan jumlah kasus suspek campak pada tahun 2022 sebanyak 21.175 kasus. Peningkatan kasus suspek campak dapat disebabkan oleh adanya penurunan yang signifikan cakupan imunisasi rutin anak selama pandemi COVID-19, sistem pencatatan/pelaporan, serta upaya surveilans yang lebih baik seiring dengan pelanggaran aktivitas setelah terjadinya pandemi COVID-19 di Indonesia. Berdasarkan data, secara global sekitar 1 dari 5 orang anak tidak memiliki perlindungan terhadap campak (UNICEF, 2023). Pada tahun 2021, Indonesia masuk diantara 20 negara dengan angka tertinggi berdasarkan kategori anak yang belum pernah mendapatkan imunisasi sama sekali (*zero-dose*) (UNICEF, 2023). COVID-19 menyebabkan penurunan yang signifikan dalam imunisasi rutin anak, terutama karena gangguan terhadap layanan perawatan kesehatan esensial. Laporan terbaru UNICEF dalam *State of the World Children* mengungkapkan bahwa secara global, ada 67 juta anak yang tidak diimunisasi selama tiga tahun terakhir. Hal ini merupakan kemunduran terbesar dalam imunisasi rutin anak dalam 30 tahun terakhir. (UNICEF, 2023)

GAMBAR 6.27
JUMLAH KASUS SUSPEK CAMPAK DI INDONESIA TAHUN 2021-2023



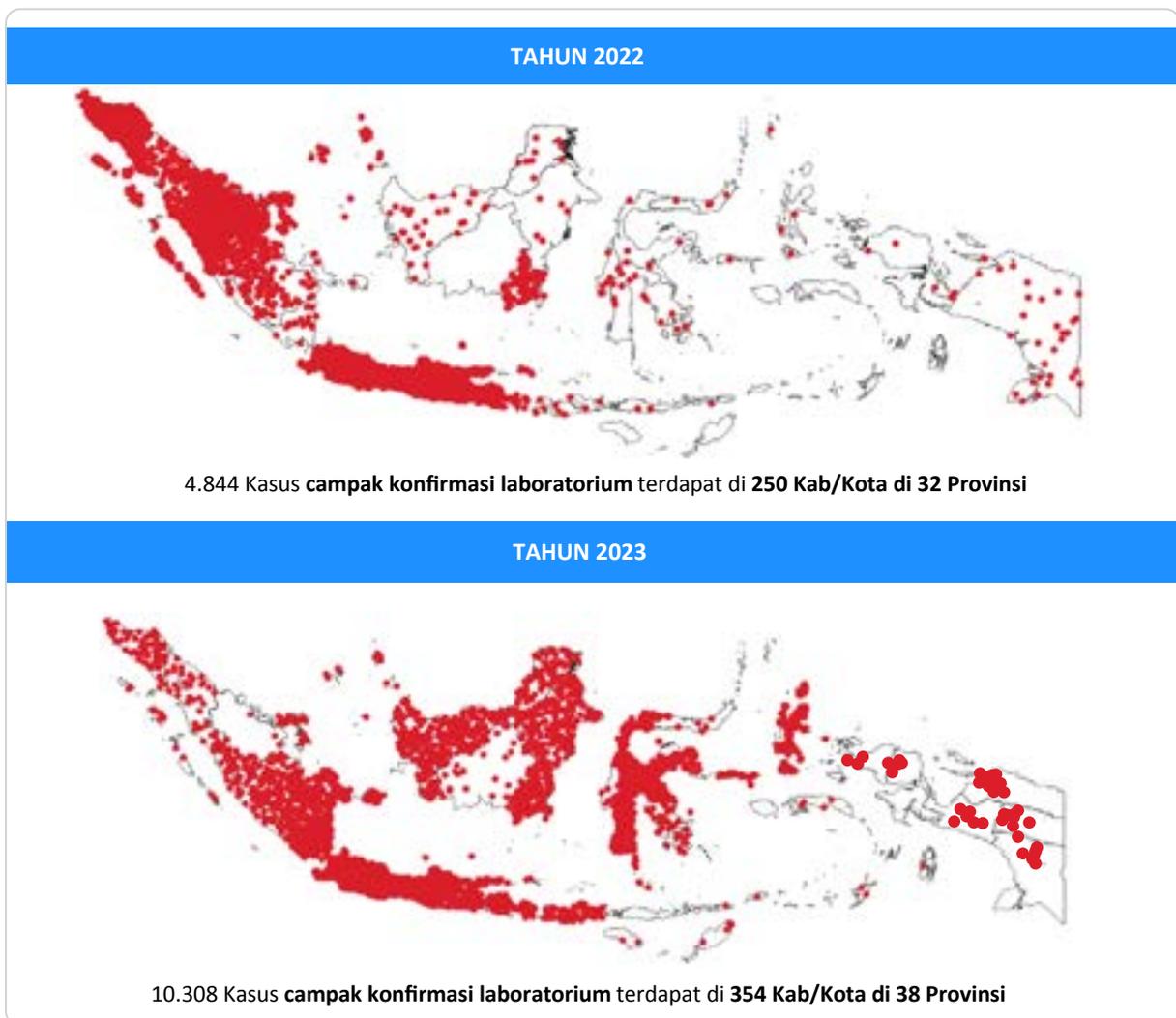
Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Gambar 6.27 memperlihatkan kasus suspek campak per bulan yang terjadi di Indonesia selama 3 tahun terakhir. Kasus suspek campak meningkat drastis pada awal tahun 2023. Kondisi ini mulai menurun pada bulan April, dan cenderung menurun sampai dengan Desember 2023. Jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya kondisi ini cukup berbeda, dimana pada tahun 2021 dan 2022 jumlah kasus suspek campak di akhir tahun cenderung meningkat. Penurunan pada akhir tahun 2023 ini disebabkan oleh penemuan kasus dan pelaporan yang kurang optimal.

Upaya surveilans untuk menemukan kasus suspek campak, ditindaklanjuti dengan melakukan pemeriksaan laboratorium untuk penegakan diagnosa kasus campak. Pada tahun 2023, dari seluruh kasus suspek campak yang dilakukan pemeriksaan laboratorium diperoleh data kasus campak konfirmasi laboratorium sebanyak 10.308 kasus (26,2% dari kasus suspek campak), dan tersebar di seluruh provinsi di Indonesia. Kasus campak tahun 2023 mengalami peningkatan cukup tinggi dibandingkan dengan kasus campak tahun 2022 sebanyak 4.844 kasus. Hal ini disebabkan oleh cakupan imunisasi Campak Rubela (MR) yang belum tinggi dan merata.

Gambar 6.28, memperlihatkan perbandingan sebaran kasus campak konfirmasi laboratorium pada tahun 2022 dan 2023.

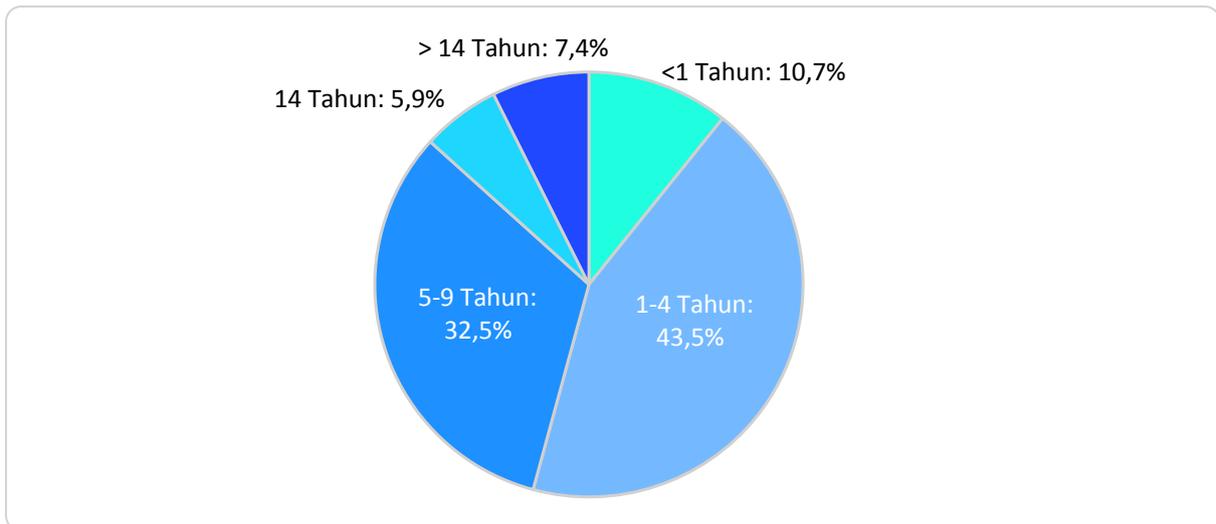
GAMBAR 6.28
PETA SEBARAN KASUS CAMPAK DI INDONESIA TAHUN 2022 - 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Gambar 6.29 memperlihatkan proporsi kasus campak berdasarkan kelompok umur pada tahun 2023. Proporsi kasus campak terbesar pada kelompok umur 1-4 tahun sebanyak 4.481 kasus (43,5%), diikuti kelompok umur 5-9 tahun sebanyak 3.352 (32,5%), kelompok umur <1 tahun sebesar 10,7%. Proporsi kasus paling rendah ditemukan pada kelompok umur >14 tahun sebesar 7,4%, diikuti 10-14 tahun sebesar 5,9%. Kecenderungan ini sama dengan tahun sebelumnya.

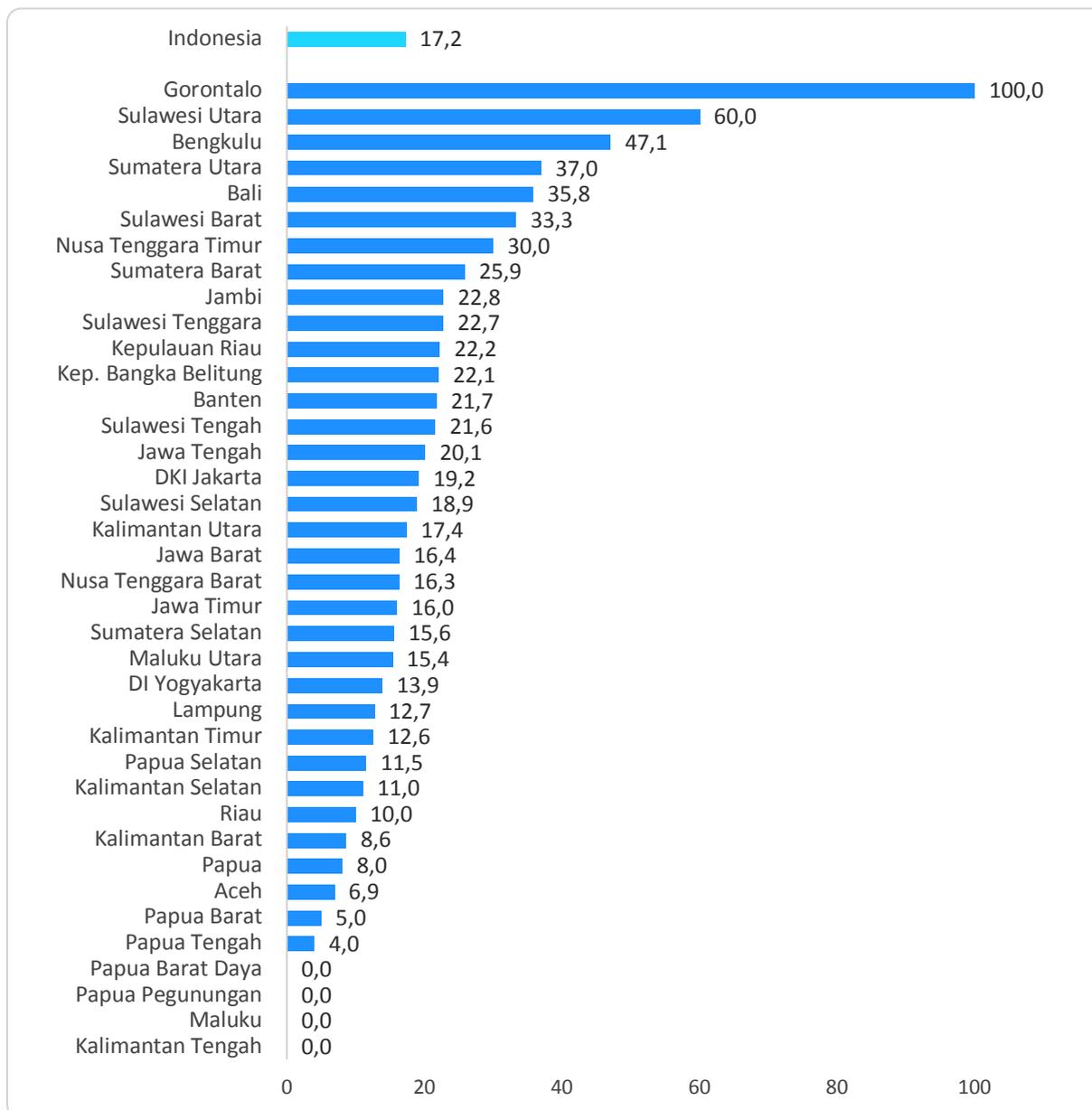
GAMBAR 6.29
PROPORSI KASUS CAMPAK BERDASARKAN KELOMPOK UMUR
DI INDONESIA TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Gambar 6.30 memperlihatkan proporsi kasus campak konfirmasi laboratorium yang sudah mendapatkan vaksinasi. Di Indonesia, proporsi kasus campak yang sudah mendapatkan imunisasi sebesar 17,2%. Proporsi ini meningkat dibandingkan tahun sebelumnya, yaitu 6,7%. Mengacu pada data tersebut, maka dapat diartikan bahwa dari seluruh kasus campak konfirmasi laboratorium, ada sebanyak 82,8% kasus yang belum mendapatkan vaksin campak. Cakupan imunisasi campak pada kasus campak, masih jauh dari target cakupan imunisasi campak dosis pertama dan kedua minimal 95%. Dari 38 provinsi dengan kasus campak konfirmasi laboratorium, urutan provinsi dengan proporsi tertinggi adalah Provinsi Nusa Tenggara Timur (100%), diikuti oleh Sulawesi Utara (60%), dan Bengkulu (47,1%). Proporsi Provinsi Nusa Tenggara Timur 100% karena kasus campak konfirmasi berjumlah 1 orang dan sudah mendapatkan vaksinasi. Ada 4 provinsi dengan proporsi kasus campak yang diimunisasi 0%, yaitu Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, Maluku, dan Kalimantan Tengah.

GAMBAR 6.30
PERSENTASE KASUS CAMPAK KONFIRMASI LABORATORIUM YANG DIIMUNISASI
DI INDONESIA TAHUN 2023



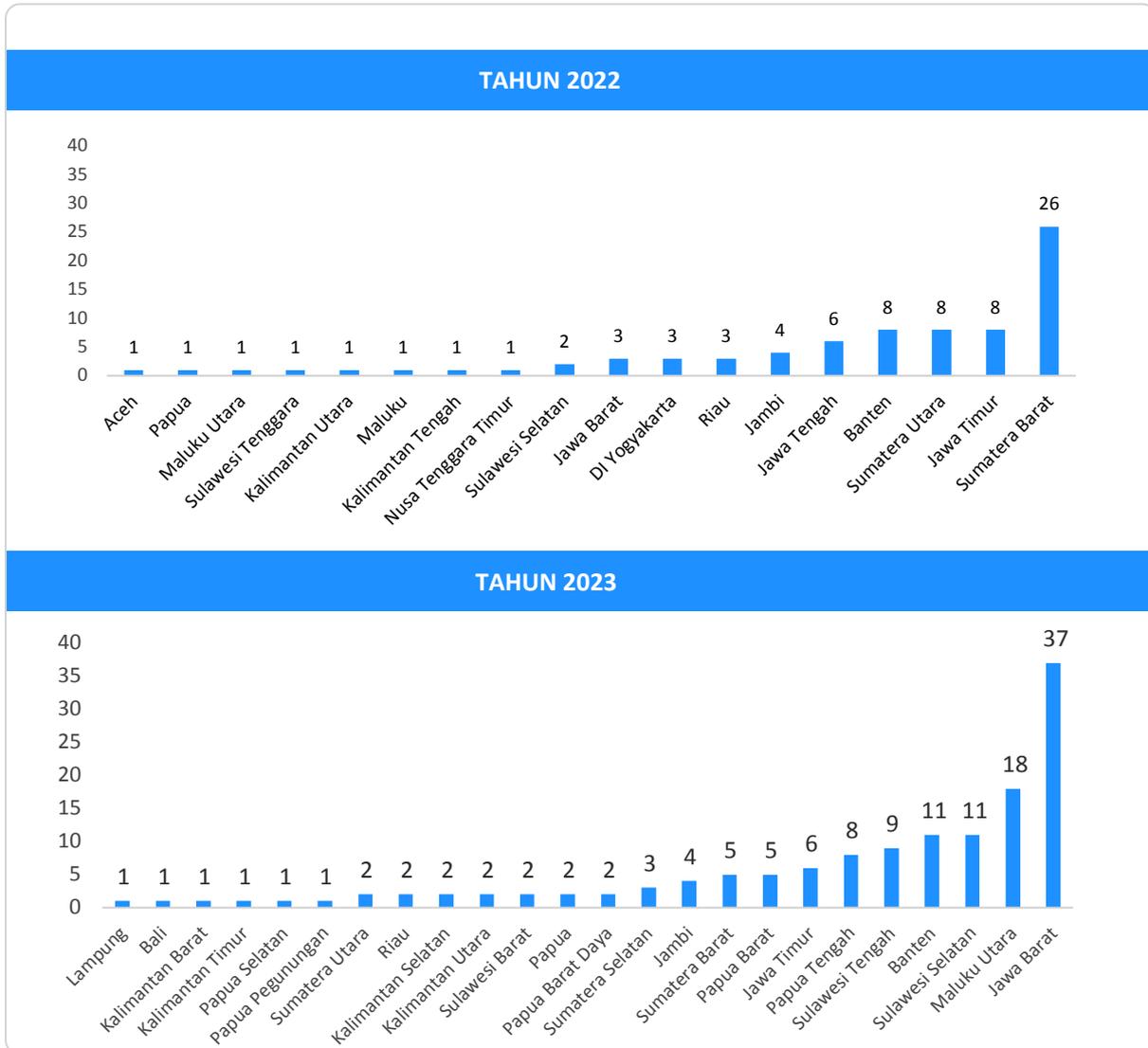
Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Apabila terjadi 5 atau lebih kasus suspek campak dalam waktu 4 minggu berturut-turut yang terjadi secara mengelompok, dan telah dibuktikan adanya hubungan epidemiologis di suatu daerah, maka daerah tersebut dinyatakan Kejadian Luar Biasa (KLB) suspek campak. Setiap kasus suspek campak dilakukan penyelidikan epidemiologi menyeluruh (*fully investigated*) dalam waktu 2x24 jam.

Pada tahun 2023, dari 39.360 kasus suspek campak yang terjadi di seluruh provinsi yang ada di Indonesia, terjadi kejadian KLB suspek campak yang terbagi dalam 137 kali di 24 provinsi dengan jumlah kasus sebanyak 2.268. Kejadian KLB suspek campak pada tahun 2023 mengalami peningkatan hampir dua kali lipat dibandingkan dengan kejadian KLB suspek campak pada tahun 2022 sebanyak 79 kali di 18 provinsi dengan jumlah kasus sebanyak 1.101. Dari 38 provinsi, terdapat 11 provinsi yang

mengalami kejadian KLB suspek campak pada tahun 2022 dan 2023 yaitu Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Jawa Barat, Jawa Timur, Banten, Kalimantan Utara, Sulawesi Selatan, Maluku, dan Papua. (Gambar 6.31).

GAMBAR 6.31
FREKUENSI KLB SUSPEK CAMPAK
MENURUT PROVINSI DI INDONESIA TAHUN 2022 - 2023

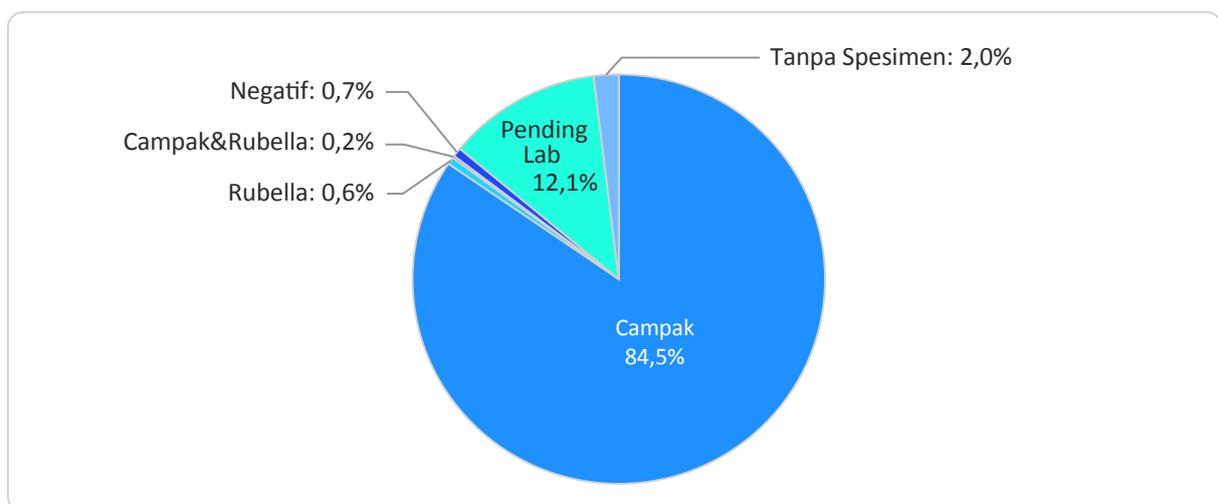


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

KLB suspek campak paling banyak terjadi di Provinsi Jawa Barat sebanyak 37 kali. Dari keseluruhan KLB suspek campak, kasus kematian terbanyak ditemukan di Provinsi Papua Tengah sebanyak 4 kasus, diikuti oleh Papua Barat (2 kasus), serta Jambi dan Maluku Utara masing-masing sebanyak 1 kasus. Walaupun kasus kematian hanya terjadi di Provinsi Banten, namun angka kematian di provinsi-provinsi tersebut berkisar antara 1-2% dari total kasus di wilayah masing-masing. Pelaporan penanganan kasus KLB yang ditangani <24 jam sudah 100%, sehingga kasus KLB suspek campak dapat ditangani lebih cepat dan tanggap.

Pada Gambar 6.32, dari seluruh KLB suspek campak yang dilakukan pemeriksaan laboratorium maka dapat dilihat distribusi KLB yang terjadi. Kejadian KLB campak konfirmasi laboratorium terjadi sebanyak 94 kali dengan kasus sebanyak 1.907 (84,5%), kejadian KLB rubela sebanyak 3 kali dengan kasus sebanyak 13 (0,6%), KLB gabungan rubela dan campak sebanyak 1 kali dengan kasus sebanyak 4 (0,2%), dan yang bukan merupakan KLB kasus campak/rubella/gabungan sebanyak 2 kali dengan kasus sebanyak 16 (0,7%). Hingga data disajikan, dari keseluruhan kasus KLB suspek campak masih ada kasus yang statusnya masih pending laboratorium (tidak dilakukan uji laboratorium) sebesar 12,1% dan kasus yang tanpa spesimen sebesar 2%. Hal ini disebabkan oleh orang tua kasus tidak mau anaknya diambil spesimen dan petugas yang belum menjelaskan secara maksimal.

GAMBAR 6.32
DISTRIBUSI KLB SUSPEK CAMPAK BERDASARKAN KONFIRMASI LABORATORIUM
DI INDONESIA TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

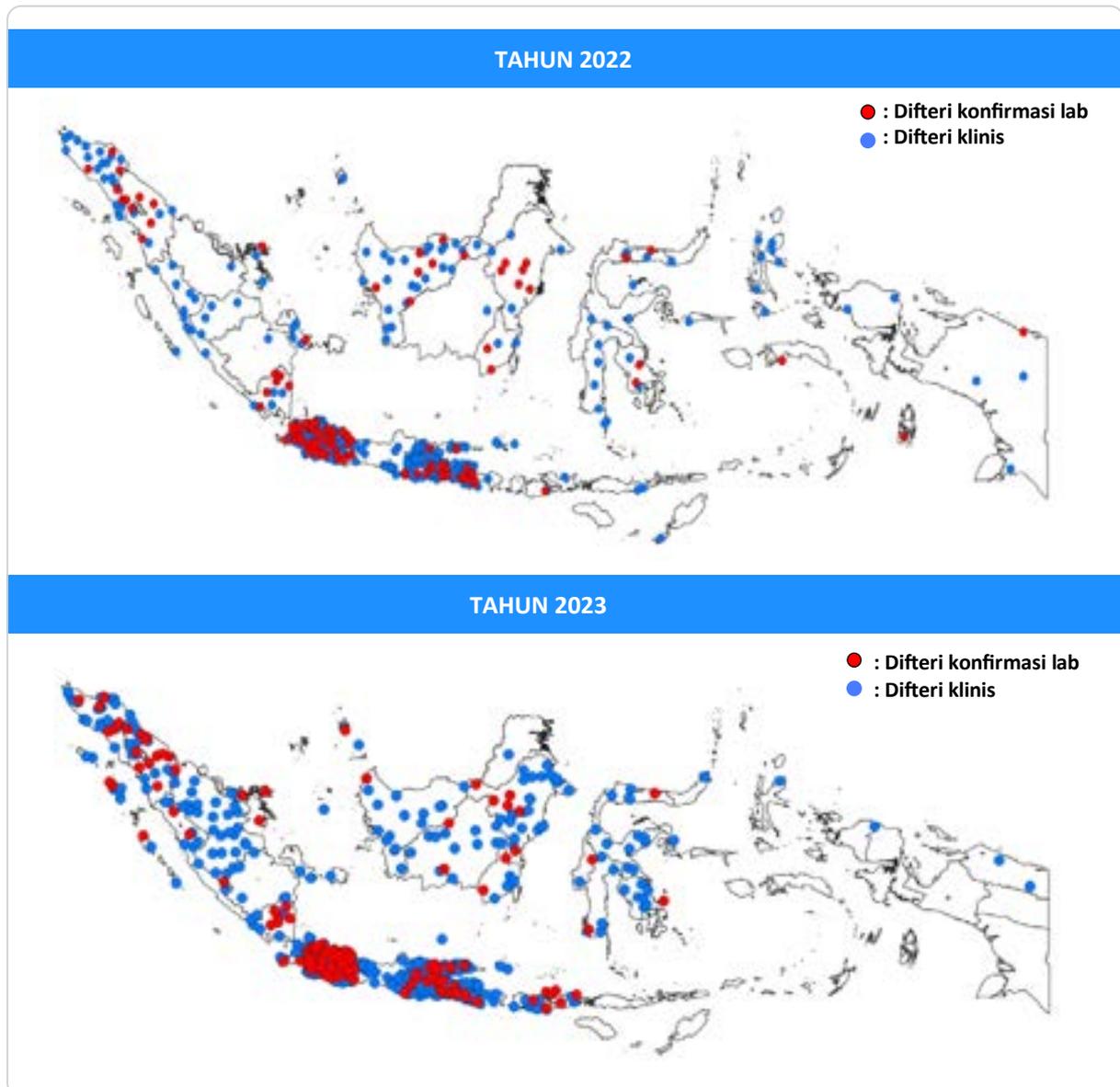
3. Difteri

Difteri adalah salah satu penyakit yang sangat menular yang dapat dicegah dengan imunisasi, disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae strain toksigenik*. Penularan terjadi secara droplet (percikan ludah) dari batuk, bersin, muntah, melalui alat makan, atau kontak erat langsung dari lesi di kulit. Apabila tidak diobati dan kasus tidak mempunyai kekebalan, angka kematian sekitar 50%, sedangkan dengan terapi angka kematiannya sekitar 10% (*CDC Manual for the Surveillance of Vaccine Preventable Diseases*, 2017). Angka kematian difteri rata-rata 5 – 10% pada anak usia kurang 5 tahun dan 20% pada dewasa diatas 40 tahun (CDC Atlanta, 2016).

Difteri merupakan jenis penyakit menular yang dapat menimbulkan KLB/Wabah seperti tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1501 tahun 2010. Setiap satu kasus suspek difteri dengan gejala faringitis, tonsilitis, laringitis, trakeitis, atau kombinasinya disertai demam atau tanpa demam dan adanya *pseudomembran* putih keabu-abuan yang sulit lepas, mudah berdarah apabila dilepas atau dilakukan manipulasi harus dilaporkan dalam 24 jam dan dilakukan segera penanggulangan untuk memutuskan rantai penularan. Kegiatan penanggulangan KLB difteri dilakukan dengan melibatkan program-program terkait yaitu surveilans epidemiologi, program imunisasi, klinisi, laboratorium dan program kesehatan lainnya serta lintas sektor terkait. (Pedoman Surveilans Difteri, 2019)

Pada tahun 2022, kasus difteri menyebar hampir di seluruh provinsi di Indonesia kecuali 6 provinsi, yaitu Nusa Tenggara Timur, Maluku, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan, dan Papua Barat Daya. Jumlah kasus difteri pada tahun 2023 sebanyak 949 kasus. Angka ini menunjukkan peningkatan hampir dua kali lipat dari kasus difteri yang terjadi pada tahun 2022, yaitu sebanyak 541 kasus.

GAMBAR 6.33
SEBARAN KASUS DIFTERI DI INDONESIA

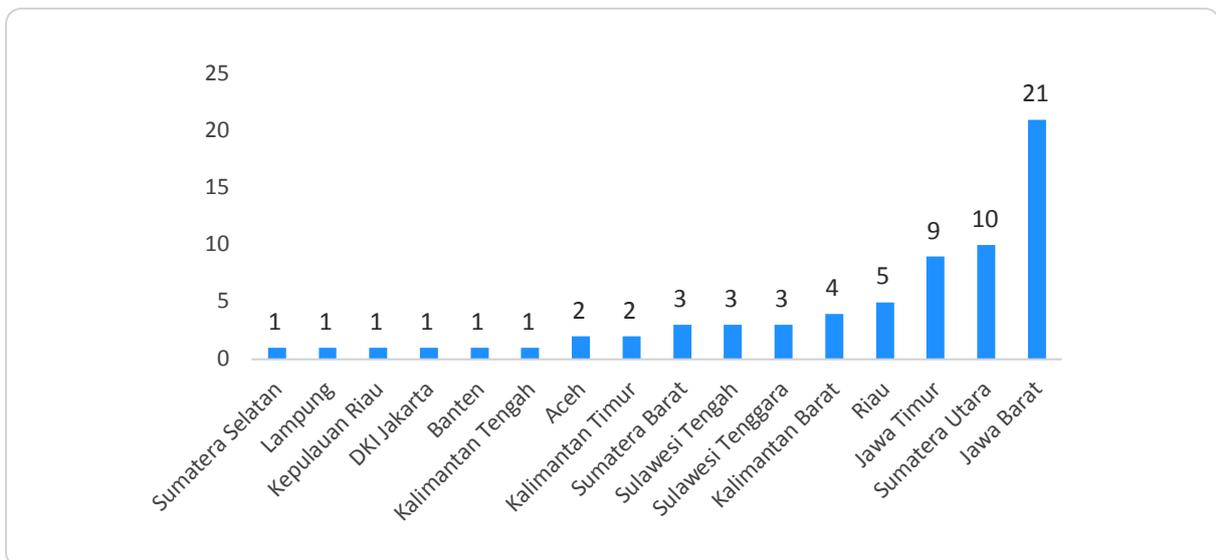


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Selama 2 tahun terakhir, jumlah kematian akibat difteri mengalami peningkatan secara signifikan. Pada tahun 2022 jumlah kematian sebanyak 46 kasus, menjadi 68 kasus pada tahun 2023. Dari 38 provinsi dengan kasus difteri, terdapat 16 provinsi diantaranya ditemukan kasus kematian akibat difteri. Kasus kematian paling tinggi terjadi di Provinsi Jawa Barat sebanyak 21 kasus, diikuti Sumatera Utara sebanyak 10 kasus dan Jawa Timur sebanyak 9 kasus. Pada tahun 2023, angka *CFR*

pada kasus difteri di Indonesia sebesar 7,2%, mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2022, yaitu sebesar 9%. Dari 16 provinsi dengan kasus meninggal difteri, angka *CFR* paling tinggi terjadi di Provinsi Sulawesi Tenggara sebesar 37,5%, diikuti Sulawesi Tengah sebesar 33,3% dan Sumatera Utara sebesar 30,3%.

GAMBAR 6.34
KASUS KEMATIAN DIFTERI DI INDONESIA
TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

KLB difteri terjadi jika suatu wilayah kab/kota dinyatakan KLB difteri jika ditemukan satu suspek difteri dengan konfirmasi laboratorium kultur positif atau jika ditemukan suspek difteri yang mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus kultur positif.

Kebijakan dalam penanggulangan difteri antara lain:

1. Setiap KLB harus dilakukan penyelidikan dan penanggulangan sesegera mungkin untuk menghentikan penularan dan mencegah komplikasi dan kematian
2. Dilakukan tatalaksana kasus di rumah sakit dengan menerapkan prinsip kewaspadaan seperti menjaga kebersihan tangan, penempatan kasus di ruang tersendiri/isolasi, dan mengurangi kontak erat kasus dengan orang lain
3. Setiap suspek difteri dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan kultur
4. Setiap kontak erat diberi kemoprofilaksis, dan imunisasi pada saat penyelidikan epidemiologi
5. Pengambilan spesimen pada kontak erat dapat dilakukan jika diperlukan sesuai dengan kajian epidemiologi
6. Setiap suspek difteri dilakukan *Outbreak Response Immunization (ORI)* atau respon pemberian imunisasi pada KLB sesegera mungkin. Sebaiknya luas wilayah *ORI* dilakukan untuk satu (1) kabupaten/kota tetapi jika tidak memungkinkan karena sesuatu hal maka *ORI* minimal dilakukan satu (1) kecamatan dengan sasaran sesuai kajian epidemiologi dan interval *ORI* 0-1-6 bulan
7. *ORI* dilanjutkan sampai selesai walaupun status KLB difteri di suatu wilayah kabupaten/kota dinyatakan telah berakhir.

4. Polio dan *Acute Flaccid Paralysis (AFP)*/Lumpuh Layu Akut

Polio merupakan penyakit yang sangat menular dan disebabkan oleh virus poliomyelitis. Penyakit ini menyerang sistem saraf dan dapat menyebabkan kelumpuhan total hanya dalam hitungan jam. Virus ini terutama ditularkan dari orang ke orang melalui fekal-oral. Gejala awal yang terjadi adalah demam, kelelahan, sakit kepala, muntah, kekakuan pada leher, dan nyeri pada tungkai. Satu dari 200 infeksi menyebabkan kelumpuhan permanen (biasanya di bagian tungkai). Diantara yang lumpuh, 5-10% akan berakhir pada kematian karena kelumpuhan terjadi pada otot-otot pernapasan.

Pada bulan Mei 2012, sidang World Health Assembly (WHA) mendeklarasikan bahwa pencapaian eradikasi polio merupakan kedaruratan kesehatan masyarakat global dan menetapkan agar Direktur Jenderal WHO menyusun strategi eradikasi polio yang komprehensif. Dokumen Rencana Strategis 2013-2018 dan Inisiatif Pencapaian Eradikasi Polio Global, telah disetujui oleh Badan Eksekutif WHO pada Januari 2013. Dalam rencana strategis tersebut dibutuhkan komitmen global bahwa setiap negara perlu melaksanakan strategis yaitu Pekan Imunisasi Nasional (PIN) Polio, penggantian dari *trivalent Oral Polio Vaccine (tOPV)* menjadi *bivalent Oral Polio Vaccine (bOPV)*, introduksi *Inactivated Polio Vaccine (IPV)* dan penarikan seluruh vaksin polio oral (*OPV*), surveilans *AFP (Acute Flaccid Paralysis)*, dan pengamanan virus polio di laboratorium (*Laboratory Containment*). Sebagai kelanjutannya, WHO juga telah menyusun Rencana Strategis 2019 – 2023 yang berisi 3 tujuan utama yaitu eradikasi, integrasi serta sertifikasi dan pengamanan virus polio.

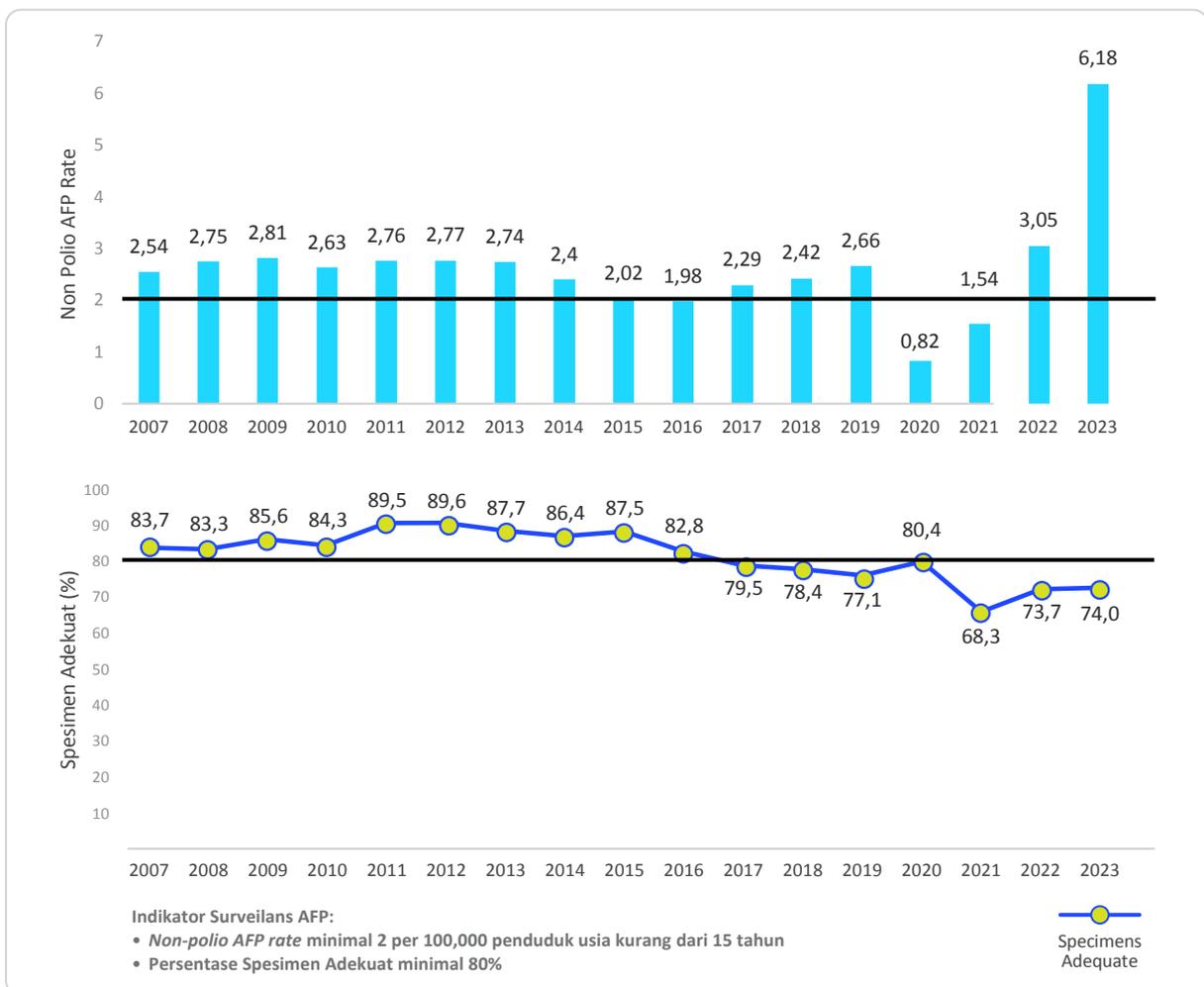
Pada bulan November 2018, dilaporkan satu kasus polio akibat *vaccine derived polio virus (VDPV)* tipe 1 di Yahukimo, Papua. Penyelidikan yang dilakukan selanjutnya menemukan bahwa dua spesimen tinja dari anak sehat di sekitar kasus juga positif untuk jenis virus yang sama, yang membuktikan bahwa virus tersebut bersirkulasi. Sebagai respon, dilakukan sub PIN di Papua dan Papua Barat dengan menggunakan *bOPV*. KLB polio akibat VDPV bisa terjadi di mana saja bila cakupan imunisasi polio rendah selama bertahun-tahun. Untuk menghindari kasus serupa, imunisasi polio harus dijaga tetap tinggi (lebih dari 95% anak diimunisasi) dan merata, dan semua kasus lumpuh layu mendadak (*acute flaccid paralysis/AFP*) harus ditemukan secara dini dan dilaporkan.

Penemuan adanya transmisi virus polio dapat dilakukan melalui surveilans *AFP*, dimana semua kasus lumpuh layu akut pada anak usia <15 tahun (yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio) diamati. Surveilans *AFP* merupakan indikator sensitivitas deteksi virus polio. Surveilans *AFP* juga penting untuk dokumentasi mengenai tidak adanya virus polio sebagai syarat sertifikasi bebas polio.

Indikator surveilans *AFP* adalah *non-polio AFP rate*, yaitu kasus lumpuh layu akut yang terjadi secara akut (mendadak), bukan disebabkan oleh ruda paksa yang diduga disebabkan oleh virus polio sampai dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium bukan kasus polio. Kementerian Kesehatan menetapkan target *non-polio AFP rate* sebesar minimal 2/100.000 populasi penduduk usia kurang dari 15 tahun. Namun, dikarenakan adanya KLB pada tahun 2022 sehingga target *non-polio AFP rate* tahun 2023 dinaikkan menjadi minimal 3/100.000 populasi penduduk usia <15 tahun. Pada tahun 2023, secara nasional *non-polio AFP rate* sebesar 6,18/100.000 populasi penduduk kurang dari 15 tahun. Dapat diartikan bahwa secara nasional, Indonesia telah melebihi target yang ditetapkan. Hal ini menggambarkan kinerja surveilans *AFP* untuk menemukan kasus *AFP* sudah sangat baik sehingga diharapkan tidak ada kasus *AFP* yang belum terjaring. Angka capaian tahun 2023 ini mengalami peningkatan apabila dibandingkan dengan tahun 2022 sebesar 3,05/100.000 populasi penduduk kurang dari 15 tahun.

Sejak tahun 2007 hingga 2023, secara umum target *non-polio AFP rate* sebesar 2 per 100.000 penduduk berusia kurang dari 15 tahun telah tercapai, kecuali pada tahun 2016, 2020, dan 2021. Sejak tahun 2021 capaian *non-polio AFP rate* terus meningkat hingga mencapai angka tertinggi tahun 2023, yaitu 6,18 per 100.000 penduduk berusia kurang dari 15 tahun. Persentase spesimen adekuat sejak tahun 2007-2016 telah mencapai target sebesar 80%. Namun tahun-tahun berikutnya cenderung berada di bawah target kecuali pada tahun 2020. Performa surveilans AFP di Indonesia pada tahun 2007-2023 dapat dilihat pada Gambar 6.35.

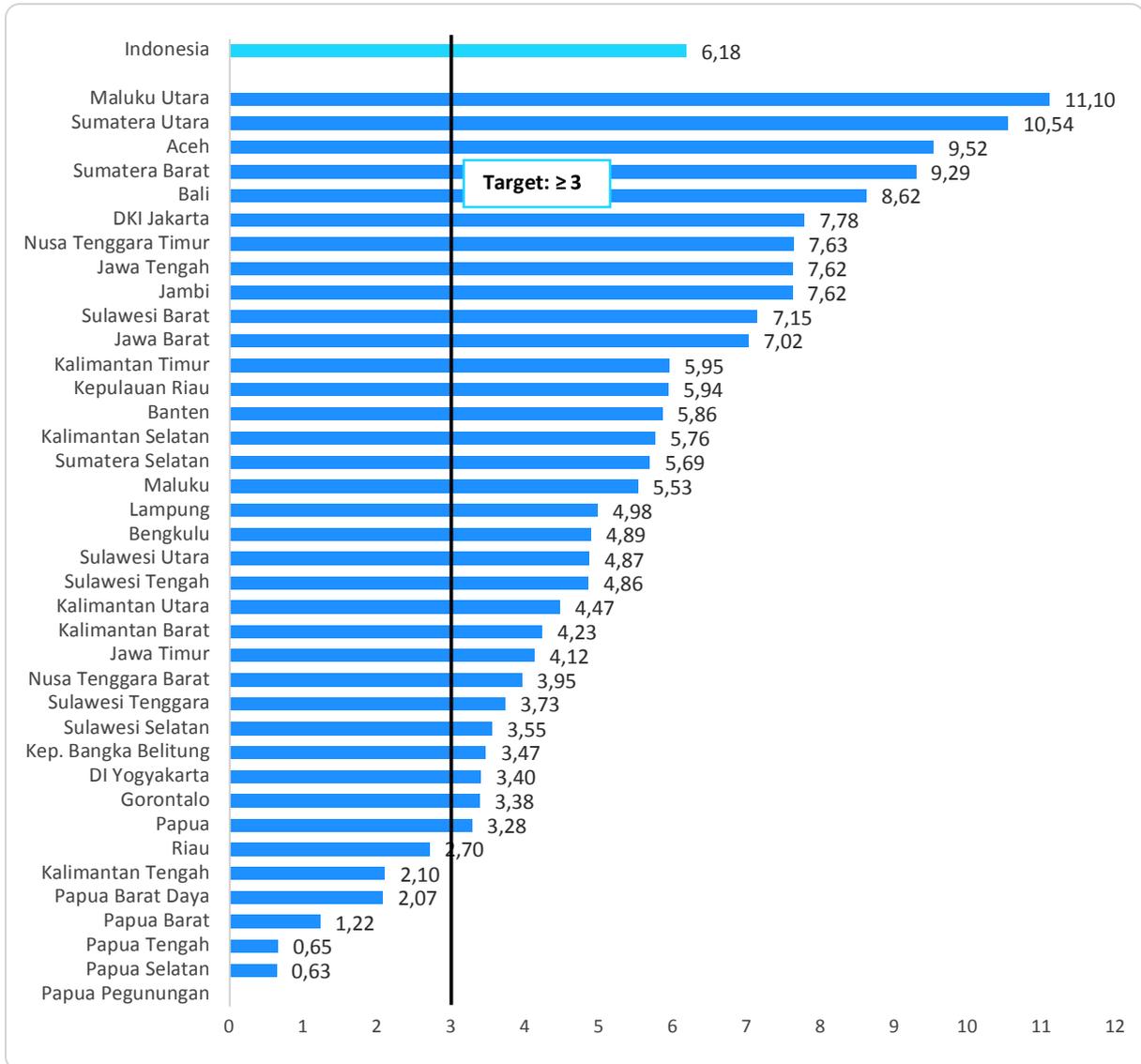
GAMBAR 6.35
PERFORMA SURVEILANS AFP DI INDONESIA
TAHUN 2007 – 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Pada tahun 2023 seluruh provinsi telah melaporkan kasus AFP, kecuali Papua Pegunungan. Dari 38 provinsi di Indonesia, hampir semua provinsi sudah mencapai standar minimal penemuan *non-polio AFP rate* sebesar ≥ 3 per 100.000 penduduk berusia kurang dari 15 tahun, kecuali 7 provinsi. Angka capaian tertinggi ada di Provinsi Maluku Utara, diikuti Sumatera Utara, Aceh, dan Sumatera Barat. Tujuh provinsi yang belum berhasil mencapai standar minimal yaitu Provinsi Riau, Kalimantan Tengah, Papua Barat Daya, Papua Barat, Papua Tengah, Papua Selatan, dan Papua Pegunungan. Capaian *non-polio AFP rate* yang paling rendah adalah Papua Selatan sebesar 0,6 per 100.000 penduduk berusia < 15 tahun.

GAMBAR 6.36
NON POLIO AFP RATE PER 100.000 PENDUDUK <15 TAHUN
DI INDONESIA TAHUN 2023

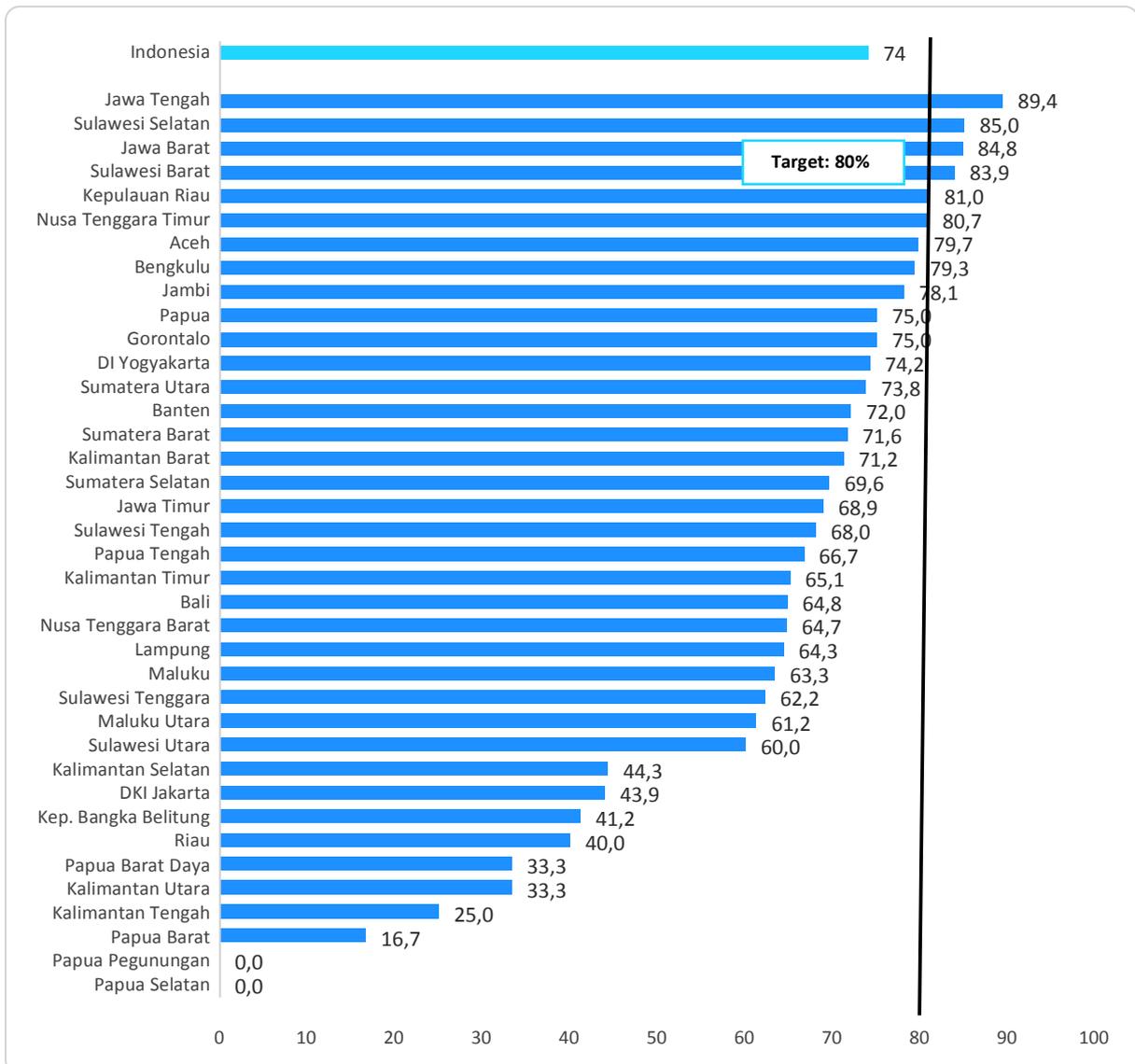


Sumber: Ditjen P2P Kemenkes RI, 2024

Pemeriksaan spesimen tinja dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya virus polio pada kasus AFP yang ditemukan dalam kegiatan surveilans AFP. Semua kasus AFP seharusnya dilakukan pemeriksaan klinis dan investigasi virologi, dan setidaknya 80% kasus AFP harus memenuhi standar spesimen adekuat dengan persyaratan yaitu volume cukup 8-10 gr, spesimen kondisi baik (tidak bocor, suhu dingin 4-8°C), dua spesimen didapatkan ≤14 hari setelah munculnya kelumpuhan dengan waktu pengambilan spesimen pertama dan kedua jeda waktu minimal 24 jam.

Persentase spesimen adekuat di Indonesia pada tahun 2023 sebesar 74% dari target sebesar 80%, walaupun sudah sedikit meningkat dibandingkan dengan persentase spesimen adekuat pada tahun 2022 sebesar 73,7%. Selama 6 tahun terakhir pemeriksaan spesimen tinja dengan spesimen adekuat cenderung tidak mencapai target. Pada tahun 2023, dari 38 provinsi hanya terdapat 6 provinsi (15,8%) yang telah mencapai standar spesimen adekuat. Provinsi dengan persentase spesimen adekuat AFP yang tertinggi adalah Jawa Tengah sebesar 89,4%. Provinsi dengan persentase spesimen adekuat yang paling rendah adalah Papua Selatan sebesar 0%. Persentase spesimen adekuat AFP menurut provinsi tahun 2023 dapat dilihat pada Gambar 6.37.

GAMBAR 6.37
PERSENTASE SPESIMEN ADEKUAT AFP
MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Informasi lebih rinci mengenai penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi menurut provinsi dan kelompok umur dapat dilihat pada Lampiran 68-70.

C. PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZONOSIS

1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh virus dan disebarkan oleh vektor. Virus yang menyebabkan penyakit ini adalah Dengue. Kasus DBD pertama di Indonesia dilaporkan di Surabaya pada tahun 1968. Sejak pertama kali ditemukan kasus ini terus menunjukkan peningkatan setiap tahun.

Vektor penular penyakit ini berasal dari jenis nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Nyamuk *Aedes* menyukai genangan atau tempat penampungan air seperti selokan, vas atau pot tanaman, tempat minum hewan peliharaan, kolam renang, atau tempat sampah sebagai tempat perindukan. Karakteristik vektor penular menentukan persebaran dan waktu kejadian infeksi. Habitat nyamuk *Aedes* pada umumnya berada di wilayah dengan iklim tropis, curah hujan tinggi, serta suhu panas dan lembab. Karakteristik dan perilaku vektor tersebut dapat menjelaskan adanya kecenderungan peningkatan kasus DBD pada musim penghujan seiring dengan bermunculannya tempat perindukan. Selain mempengaruhi banyaknya kasus, karakteristik dan perilaku nyamuk *Aedes* juga menjadi landasan upaya pengendalian penyakit DBD melalui intervensi lingkungan dan perilaku individu dan masyarakat. Upaya pengendalian tersebut di antaranya melalui kampanye 3M (Menguras, Menutup, dan Memanfaatkan) dan 3M plus (memelihara ikan pemakan jentik nyamuk, menggunakan obat anti nyamuk, memasang kawat kasa pada jendela dan ventilasi, tidak menggantung pakaian di dalam kamar, menaburkan bubuk larvasida pada penampungan air).

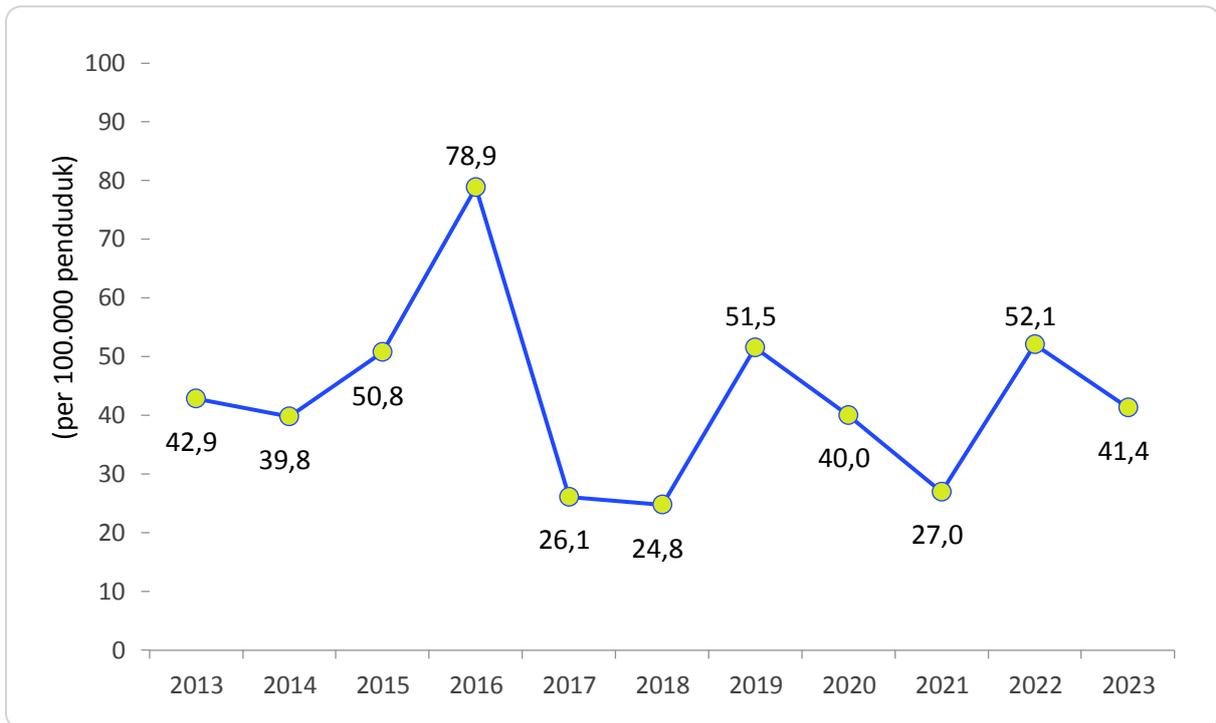
a. Kesakitan dan Kematian Akibat DBD

Diagnosa kasus DBD ditegakkan dengan anamnesis perjalanan penyakit, gejala klinis, pemeriksaan fisik termasuk tanda vital dan tanda perdarahan, serta pemeriksaan penunjang konfirmasi diagnosis. Pasien terduga DBD akan menjalani pemeriksaan laboratorium yang megindikasikan penurunan trombosit $< 100.000/mm^3$ dan adanya kebocoran plasma yang ditandai dengan peningkatan hematokrit $> 20\%$.

Pada tahun 2023 terdapat 114.720 kasus DBD dengan jumlah kematian sebanyak 894 kasus. Kasus maupun kematian akibat DBD mengalami penurunan dibandingkan tahun 2022 yaitu sebesar 143.266 kasus dan 1.237 kematian.

Dalam pengendalian penyakit DBD, digunakan beberapa indikator untuk kegiatan pemantauan. Dua indikator utama yang digunakan adalah *Incidence Rate* per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate*.

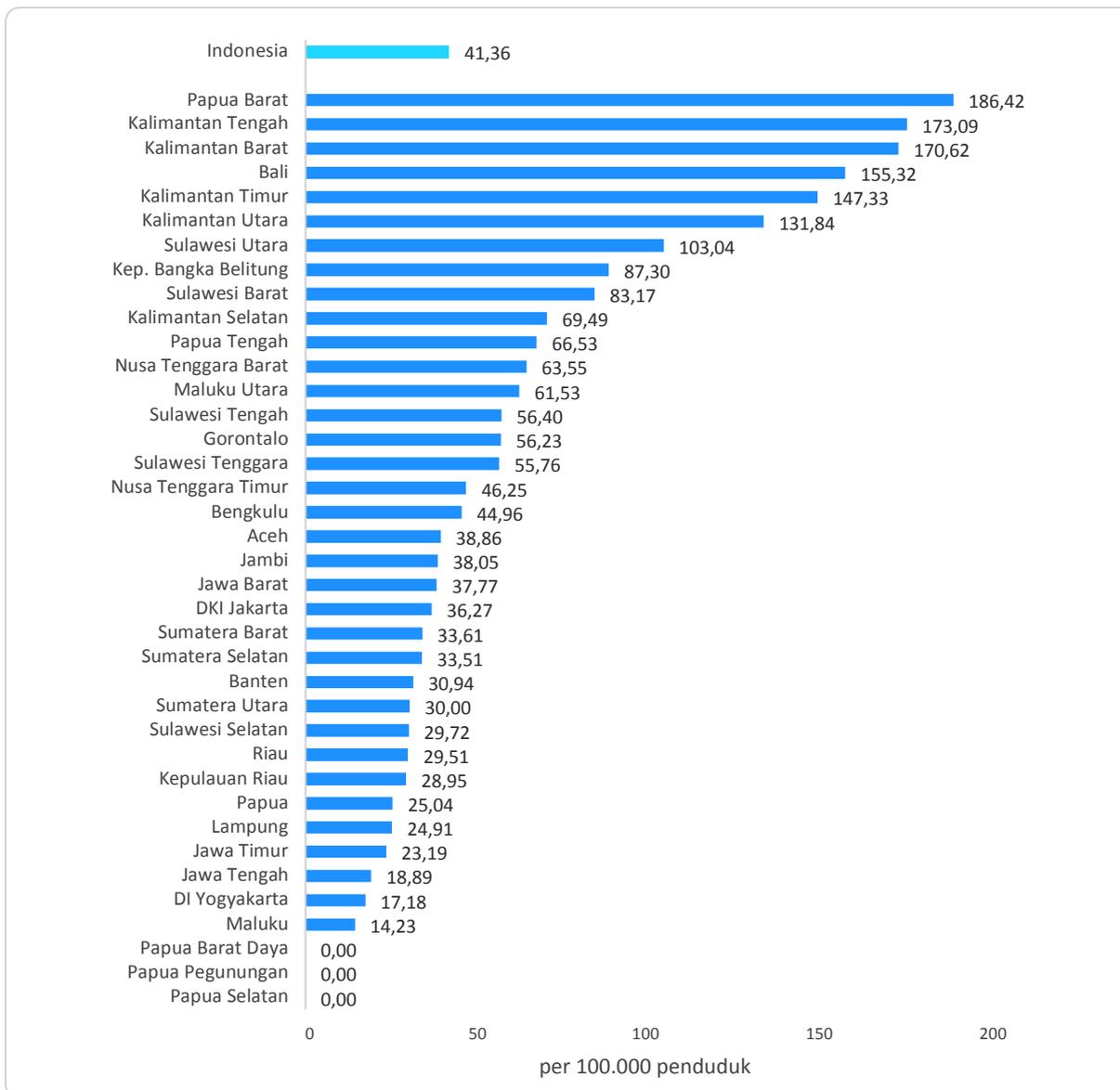
GAMBAR 6.38
INCIDENCE RATE PER 100.000 PENDUDUK DEMAM BERDARAH DENGUE
DI INDONESIA TAHUN 2013-2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Incidence Rate DBD per 100.000 penduduk menunjukkan kecenderungan penurunan dari 52,1 pada tahun 2022 menjadi 41,4 pada tahun 2023.

GAMBAR 6.39
ANGKA KESAKITAN (*INCIDENCE RATE/IR*) DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)
PER 100.000 PENDUDUK MENURUT PROVINSI TAHUN 2023

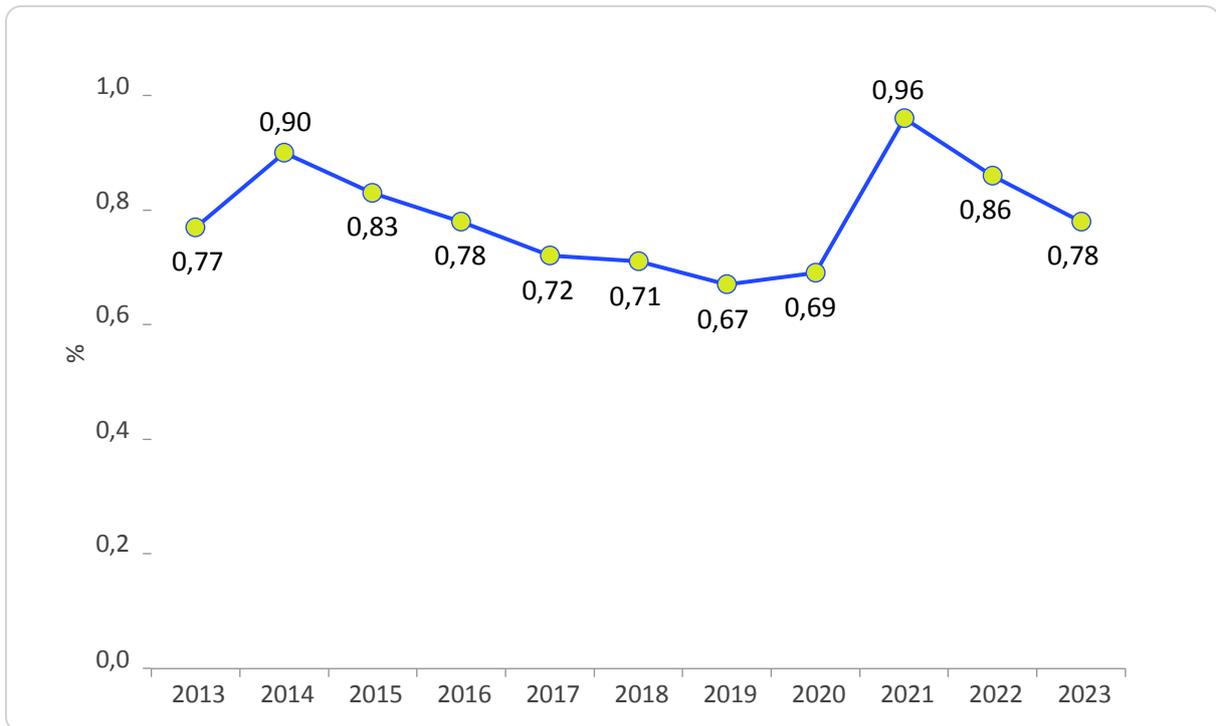


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Pada tahun 2023, sebanyak 35 provinsi atau 92% memiliki IR DBD >10 per 100.000 penduduk. Provinsi dengan IR DBD tertinggi yaitu Provinsi Papua Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Barat, Bali, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara dan Sulawesi Utara. Secara Nasional IR DBD Tahun 2023 sebesar 41,4 per 100.000 penduduk, angka ini masih lebih tinggi dibandingkan dengan target nasional sebesar ≤ 10 per 100.000 penduduk.

Kasus DBD yang terlambat mendapatkan perawatan dapat menyebabkan fatalitas seperti kematian. Proporsi kematian terhadap seluruh kasus DBD atau yang dikenal dengan *Case Fatality Rate* (CFR) juga dapat digunakan untuk menilai keberhasilan pengendalian DBD.

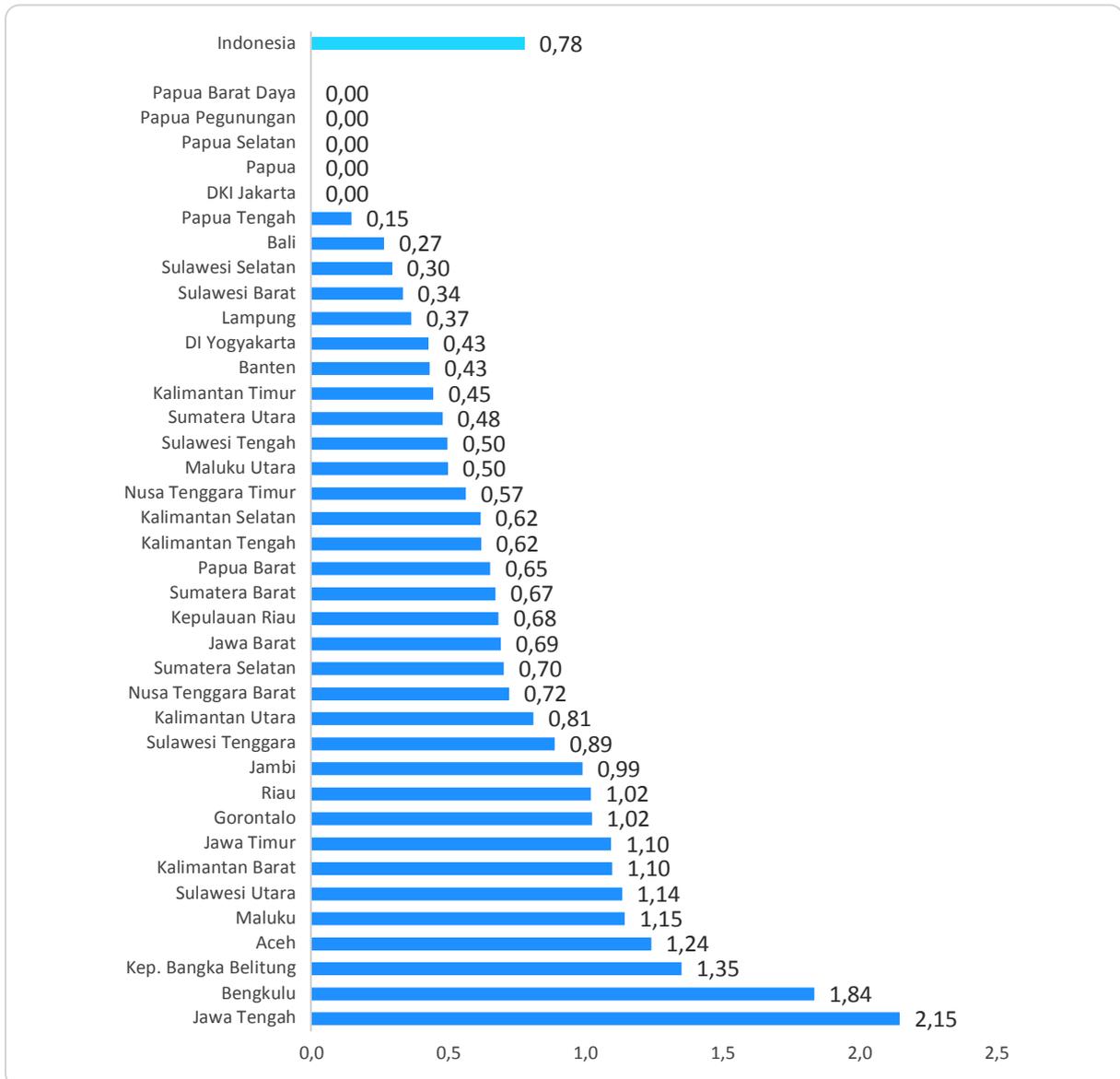
GAMBAR 6.40
CASE FATALITY RATE DEMAM BERDARAH DENGUE
DI INDONESIA TAHUN 2013-2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Dalam kurun waktu tahun 2013-2020 CFR DBD di Indonesia menunjukkan kecenderungan penurunan. Peningkatan tertinggi pada tahun 2021 sebesar 0,96% dan mengalami penurunan pada tahun 2023 yaitu sebesar 0,78%. Peningkatan ini dapat menjadi evaluasi bagi perawatan pasien DBD baik dari sisi ketepatan waktu penanganan maupun kualitas pelayanan kesehatan.

GAMBAR 6.41
CASE FATALITY RATE DEMAM BERDARAH DENGUE
MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2023

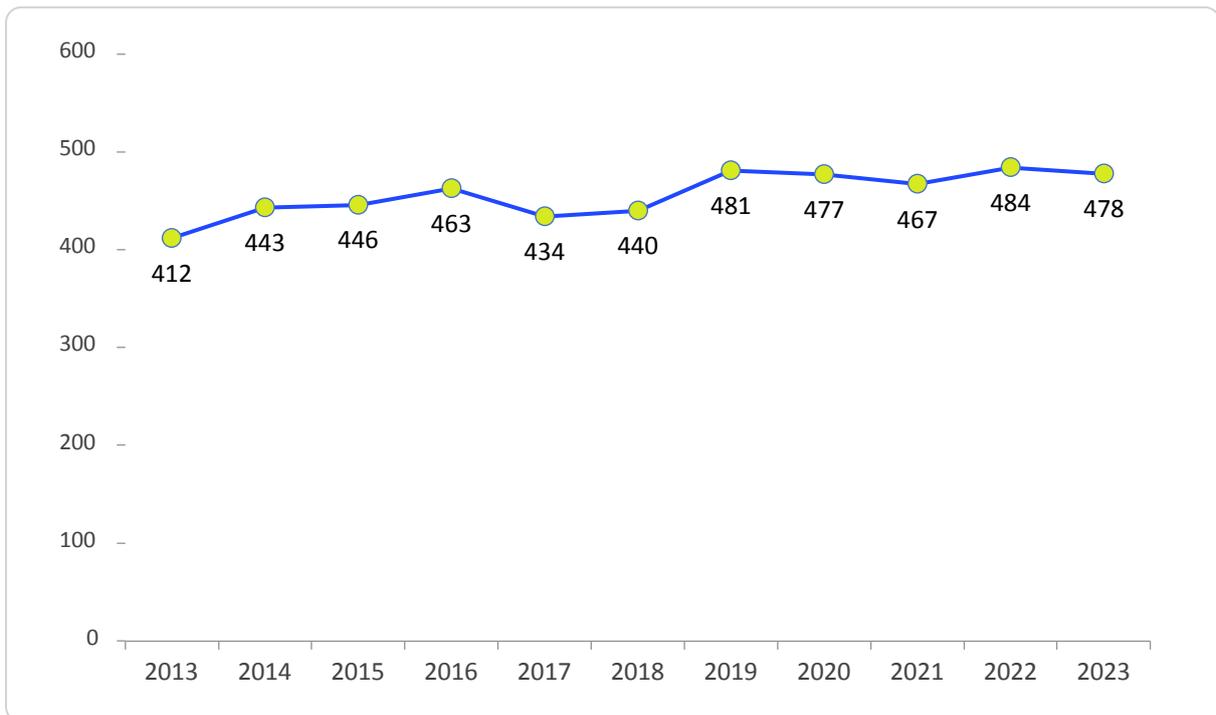
Secara nasional CFR DBD tahun 2023 mencapai 0,78%. CFR ini melebihi batas 0,7% yang telah ditetapkan pada target Strategi Nasional Penanggulangan Dengue. CFR pada tahun 2023 menurun dibandingkan periode sebelumnya. CFR tinggi jika melampaui angka 1%.

Terdapat 10 provinsi atau 26,3% provinsi memiliki CFR di atas 1%. Pertolongan segera untuk mencegah dan mengurangi keparahan dan komplikasi yang menyebabkan kematian diperlukan untuk menurunkan CFR. Diperlukan upaya tindak lanjut tatalaksana kasus yg adekuat, edukasi dan informasi kepada masyarakat tentang bahaya Dengue untuk mencegah keterlambatan penanganan dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan untuk dapat secara dini mengenali gejala dan tanda bahaya Dengue. Provinsi DKI Jakarta, Papua, Papua Selatan, Papua Pegunungan dan Papua Barat Daya tidak terdapat kasus kematian DBD (CFR=0).

b. Kabupaten/Kota Terjangkit DBD

Penyebaran kasus DBD di Indonesia dapat dipantau melalui banyaknya kabupaten/kota dengan status terjangkit DBD. Pada tahun 2023 terdapat 478 (92,99%) kabupaten/kota yang terjangkit DBD di Indonesia.

GAMBAR 6.42
JUMLAH KABUPATEN/KOTA TERJANGKIT DBD
DI INDONESIA TAHUN 2013-2023

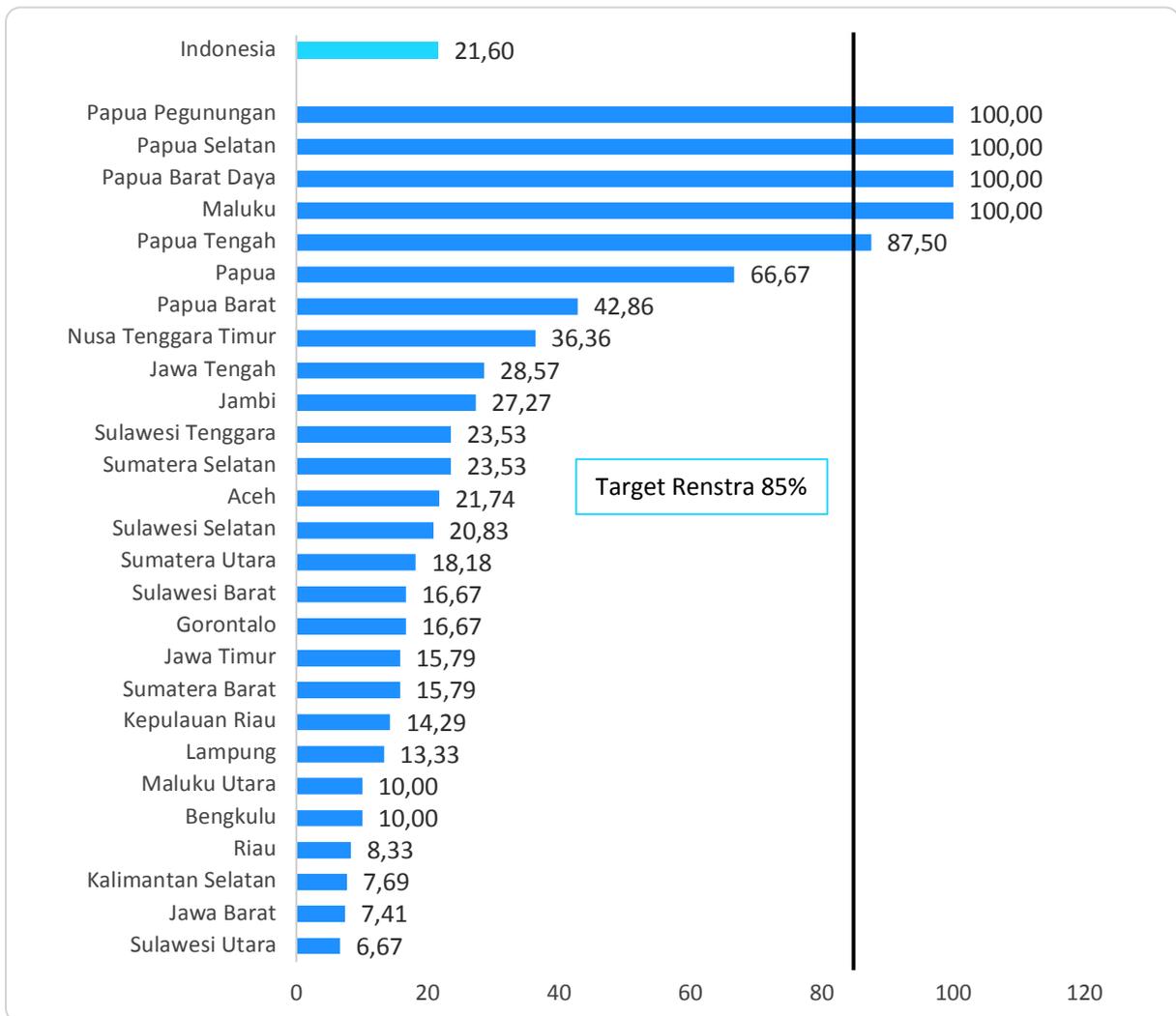


Sumber: Ditjen P2P Kemenkes RI, 2024

Sejak tahun 2013 sampai dengan 2023 jumlah kabupaten/kota terjangkit DBD cenderung mengalami fluktuasi, walaupun sedikit penurunan terjadi pada tahun 2017 (434) dan 2018 (440).

Berdasarkan Permenkes Nomor 13 Tahun 2022, salah satu indikator Rencana Strategis tahun 2020-2024, yaitu persentase kabupaten/kota yang memiliki IR DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk. Dari 514 kabupaten/kota di Indonesia, terdapat 111 kabupaten/kota (21,59%) yang mencapai IR DBD ≤ 10 /100.000 penduduk. Data tersebut menunjukkan bahwa target program tahun 2023 sebesar 85% kabupaten/kota dengan IR DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk belum tercapai.

GAMBAR 6.43
PERSENTASE KABUPATEN/KOTA DENGAN IR DBD \leq 10 PER 100.000 PENDUDUK
DI INDONESIA TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P Kemenkes RI, 2024

Pada tahun 2023 terdapat 5 provinsi yang memenuhi target nasional persentase kabupaten/kota yang memiliki IR DBD \leq 10 per 100.000 penduduk yaitu Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua Barat Daya, Maluku dan Papua Tengah.

c. Penyelidikan Epidemiologi (PE) pada Dengue

Penyelidikan Epidemiologi (PE) pada Dengue adalah upaya penyelidikan penularan penyakit Dengue yang meliputi kegiatan pencarian atau identifikasi kasus Dengue dan/atau kasus suspek infeksi Dengue lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular Dengue di tempat tinggal penderita dan rumah/bangunan sekitarnya, termasuk tempat-tempat umum yang berada dalam radius sekurang-kurangnya 100 meter. PE bertujuan untuk mengetahui potensi penularan dan penyebaran Dengue lebih lanjut serta tindakan penanggulangan yang perlu dilakukan di wilayah sekitar tempat tinggal penderita atau fokus penularan. PE harus dilakukan dalam waktu 1 x 24 jam setelah adanya laporan kasus atau terduga Dengue.

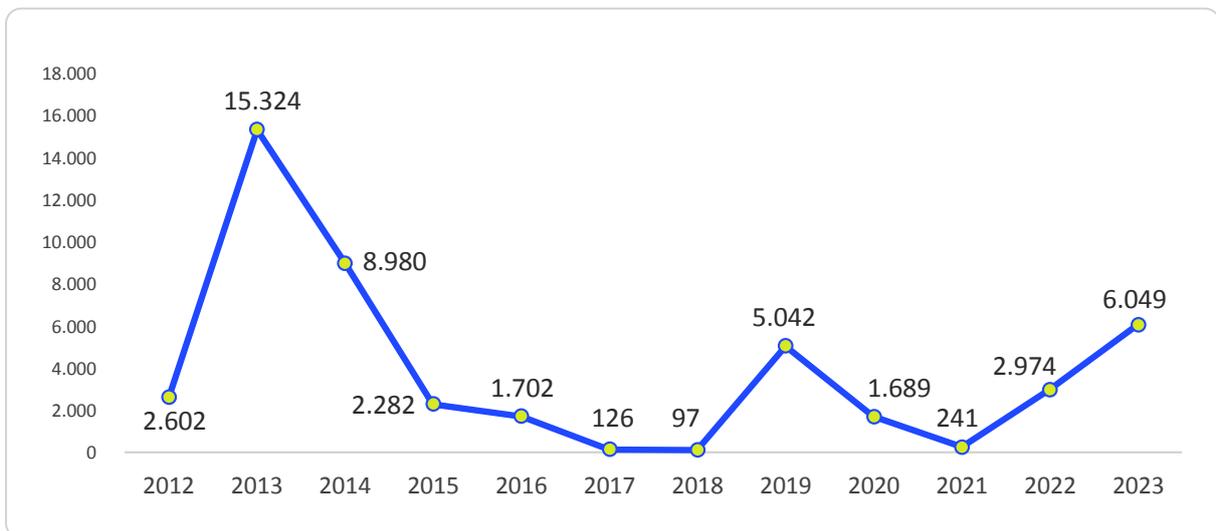
2. Chikungunya

Demam Chikungunya (demam chik) ini terutama dijumpai di daerah tropis/subtropis dan sering menimbulkan epidemi. Beberapa faktor yang mempengaruhi munculnya demam chik yaitu rendahnya status kekebalan kelompok masyarakat dan kepadatan populasi nyamuk penular karena banyaknya tempat perindukan nyamuk yang biasanya terjadi pada musim penghujan. Gejala utama demam chik adalah demam mendadak, nyeri pada persendian, terutama pada sendi lutut, pergelangan, jari kaki, tangan, tulang belakang, serta ruam pada kulit. Demam chik ini ditularkan oleh nyamuk *Aedes albopictus* dan *Aedes aegypti* yang juga merupakan nyamuk penular penyakit DBD.

a. Kesakitan dan Kematian Akibat Chikungunya

Pada tahun 2023 ditemukan kasus demam Chikungunya sebanyak 6.049 kasus, lebih tinggi dibandingkan tahun 2022 sebanyak 2.974 kasus. Tidak ada kematian akibat Chikungunya di tahun 2023 maupun tahun 2022. Terdapat 29 provinsi yang melaporkan data Chikungunya pada tahun 2023. Hal ini berbeda dengan tahun 2022 hanya lima provinsi yang melaporkan Chikungunya. Tiga provinsi dengan yang melaporkan kasus tertinggi yaitu Nusa Tenggara Barat sebanyak 1.552 kasus, Jawa Timur sebanyak 1.254 kasus, Jawa Barat sebanyak 519 kasus. Pada tahun tersebut juga dilaporkan adanya Kejadian Luar Biasa (KLB) Chikungunya di Kota Pekanbaru di Provinsi Riau sebanyak 96 kasus, Kabupaten Jember 48 kasus, Kabupaten Cirebon 14 kasus, Kabupaten Lampung Selatan 25 kasus, Kabupaten Magetan 54 kasus, dan Bojonegoro 30 kasus. Jumlah kasus Chikungunya pada tahun 2012-2023 disajikan pada gambar berikut.

GAMBAR 6.44
JUMLAH KASUS CHIKUNGUNYA DI INDONESIA
TAHUN 2012-2023



Sumber: Ditjen P2P Kemenkes RI, 2024

Faktor penyebab meningkatnya kasus chikungunya antara lain kondisi cuaca yang relatif lembab dengan curah hujan yang tinggi dan periode waktu hujan yang panjang, adanya imunitas pada daerah yang pernah terjangkit. Sampai dengan saat ini belum pernah dilaporkan adanya kematian akibat chikungunya.

b. Penyelidikan Epidemiologi Pada Chikungunya

Penyelidikan epidemiologi (PE) bertujuan untuk mengetahui potensi dan penyebaran Chikungunya lebih lanjut serta tindakan penanggulangan yang perlu dilakukan di wilayah sekitar tempat tinggal penderita. PE pada Chikungunya adalah kegiatan pencarian penderita atau terduga demam chikungunya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular di tempat tinggal penderita dan rumah/bangunan sekitar, termasuk tempat-tempat umum dalam radius sekurang-kurangnya 100 meter.

3. Pengendalian Faktor Risiko DBD dan Chikungunya

Pengendalian faktor risiko yang paling efektif adalah pengendalian vektor terpadu baik secara fisik, kimiawi dan biologi dengan melibatkan peran serta masyarakat dalam melakukan Pengendalian Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus. PSN 3M Plus merupakan upaya pemberantasan sarang nyamuk secara terus menerus dan berkesinambungan melalui Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1R1J).

Kegiatan PSN 3M meliputi menguras bak mandi atau bak penampungan air, menutup rapat-rapat tempat penampungan air dan memanfaatkan Kembali atau mendaur ulang barang bekas yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan jentik nyamuk.

Kegiatan Plus meliputi: mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali, memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar atau rusak, menutup lubang-lubang pada potongan bambu atau pohon, dan lainnya, menaburkan bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit dikuras atau di daerah yang sulit air, memelihara ikan pemakan jentik di kolam atau bak penampungan air, memasang kawat kasa, menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar, mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai, menggunakan kelambu, memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk, dan cara spesifik lainnya di masing-masing daerah.

Keberhasilan kegiatan PSN 3M Plus antara lain dapat diukur dengan angka bebas jentik (ABJ). Jika $ABJ \geq 95\%$ diharapkan penularan DBD dan Chikungunya dapat dicegah atau dikurangi. Upaya pemberantasan vektor penyakit DBD dan Chikungunya hanya dapat berhasil apabila seluruh masyarakat berperan secara aktif dalam melakukan kegiatan PSN 3M Plus melalui gerakan 1 Rumah 1 Jumantik.

4. Malaria

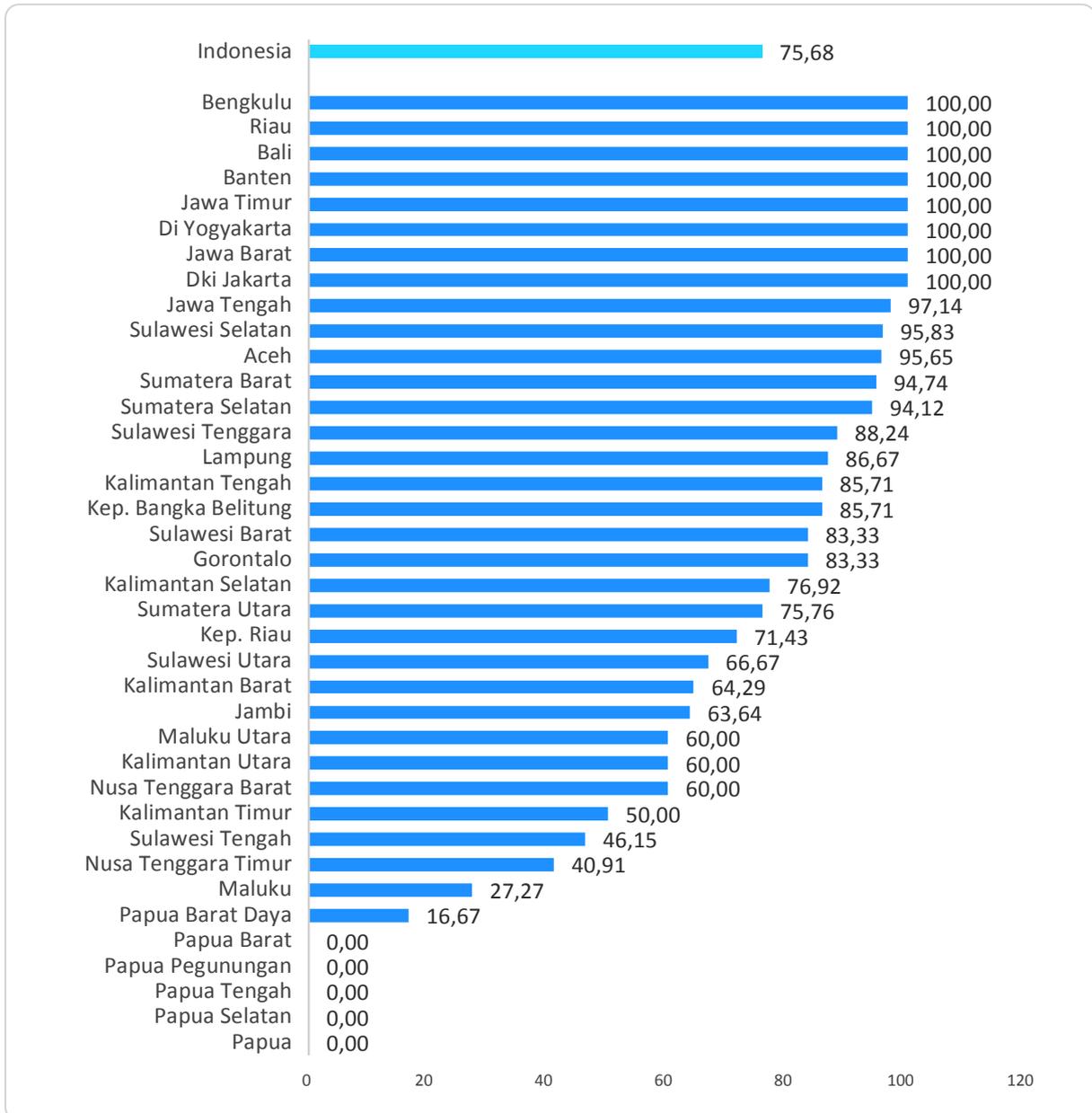
Terkait dengan pengendalian Malaria di Indonesia, Kementerian Kesehatan telah menetapkan target program eliminasi malaria agar seluruh wilayah di Indonesia bebas dari malaria selambat-lambatnya tahun 2030. Target ini sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 293/Menkes/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang “Eliminasi Malaria di Indonesia”.

Malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh mikroorganisme yang disebut *Plasmodium*. *Plasmodium* menginfeksi manusia melalui vektor penular nyamuk *Anopheles*. Bersama dengan HIV AIDS dan Tuberkulosis, pengendalian malaria menjadi bagian dari tujuan *Sustainable Development Goals (SDGs)* sebagai tujuan global yang harus dicapai sampai dengan tahun 2030.

Pada tahun 2023, terdapat delapan provinsi yang seluruh kabupaten/kotanya ditetapkan sebagai wilayah bebas malaria, yaitu Riau, Bengkulu, DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, dan Bali. Selain itu, terdapat satu provinsi yang seluruh kabupaten/kotanya belum berstatus eliminasi malaria, yaitu Papua, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan, dan Papua Barat. Namun demikian, terdapat beberapa kabupaten di Provinsi Papua tersebut yang memiliki status

endemis rendah. Dengan adanya intervensi yang efektif status tersebut bisa ditingkatkan menjadi bebas malaria.

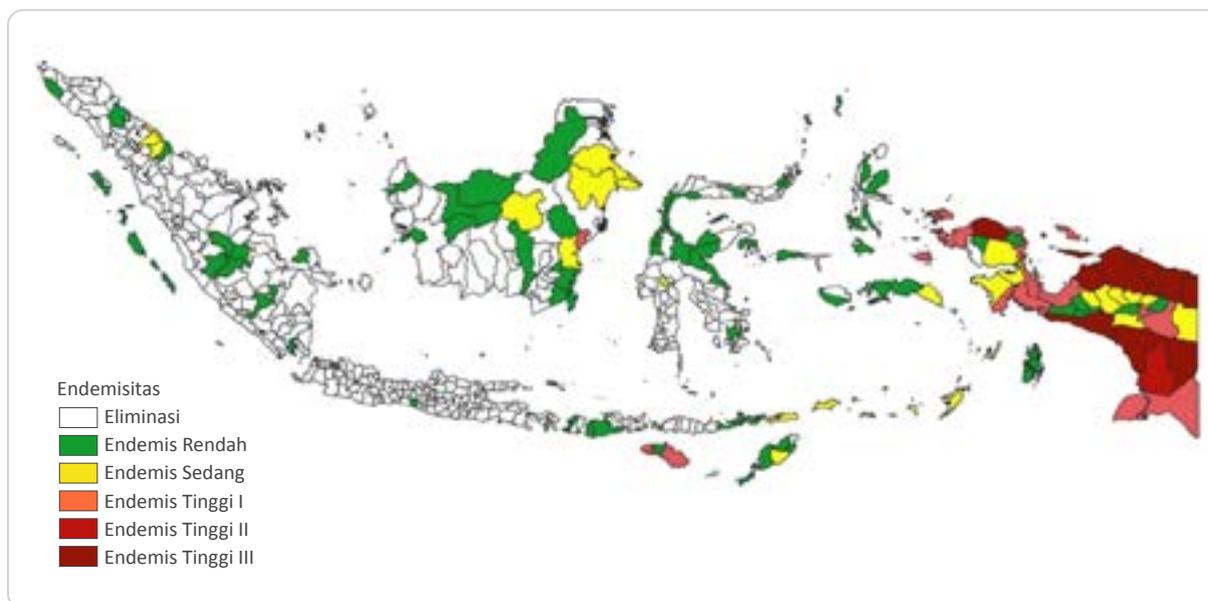
GAMBAR 6.45
PERSENTASE KABUPATEN/KOTA YANG MENCAPAI ELIMINASI MALARIA
MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Eliminasi malaria dapat diupayakan melalui peningkatan persentase konfirmasi sediaan darah dan persentase pengobatan standar. Pada gambar di atas dapat diketahui bahwa pada tahun 2023 sebanyak 75,68% kabupaten/kota di Indonesia atau sebanyak 389 kabupaten/kota telah berstatus bebas malaria.

GAMBAR 6.46
PETA ENDEMISITAS MALARIA TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

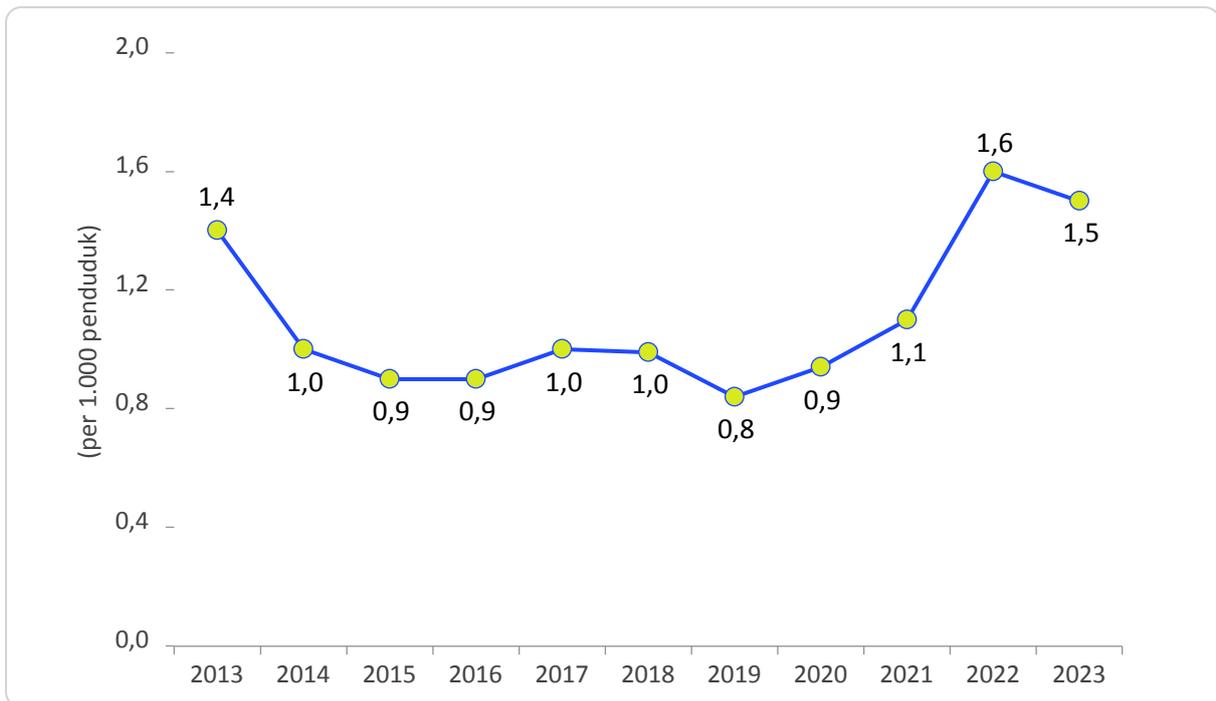
Pada gambar di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar kabupaten/kota berstatus eliminasi malaria tersebar di wilayah Indonesia bagian barat. Sebagian besar kabupaten/kota dengan status endemis tinggi terdapat Papua, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan, Papua Barat Daya dan Papua Barat. Provinsi Nusa Tenggara Timur masih memiliki 2 kabupaten endemis tinggi (Sumba Timur dan Sumba Barat Daya) serta 1 kabupaten endemis tinggi di Provinsi Kalimantan Timur yaitu Kabupaten Penajam Paser Utara.

Penentuan stratifikasi endemisitas di antaranya ditentukan berdasarkan nilai *Annual Parasite Incidence* (API) per 1000 penduduk (%). Wilayah endemis rendah jika API <1 ‰, endemis sedang jika API sebesar 1-5 ‰, dan endemis tinggi jika API >5‰. Pada tahun 2023 terdapat 389 kabupaten/kota (76%) bebas malaria, 72 kabupaten/kota (14%) berstatus endemis rendah, 26 kabupaten/kota (5%) berstatus endemis sedang, dan 27 kabupaten/kota (5%) berstatus endemis tinggi.

a. Angka Kesakitan Malaria

Morbiditas malaria dapat diketahui dengan menilai indikator *Annual Parasite Incidence* (API) per 1.000 penduduk. Indikator ini diperoleh dengan menghitung proporsi antara pasien positif malaria terhadap penduduk berisiko di wilayah tertentu. Indonesia berhasil menekan API menjadi kurang dari 1 sejak tahun 2015 sampai dengan tahun 2020. Namun demikian, pada tahun 2023 API meningkat hingga 1,5 per 1.000 penduduk. Pada tahun 2023 terjadi peningkatan pemeriksaan kasus malaria yang cukup signifikan mencapai 3.464.738 (meningkat dibandingkan tahun sebelumnya) dengan kasus positif sebesar 418.546. Jumlah kasus positif mengalami penurunan dari tahun sebelumnya dengan kelengkapan laporan mencapai 95%.

GAMBAR 6.47
ANGKA KESAKITAN MALARIA (ANNUAL PARACITE INCIDENCE / API)
PER 1.000 PENDUDUK Di INDONESIA TAHUN 2013-2023

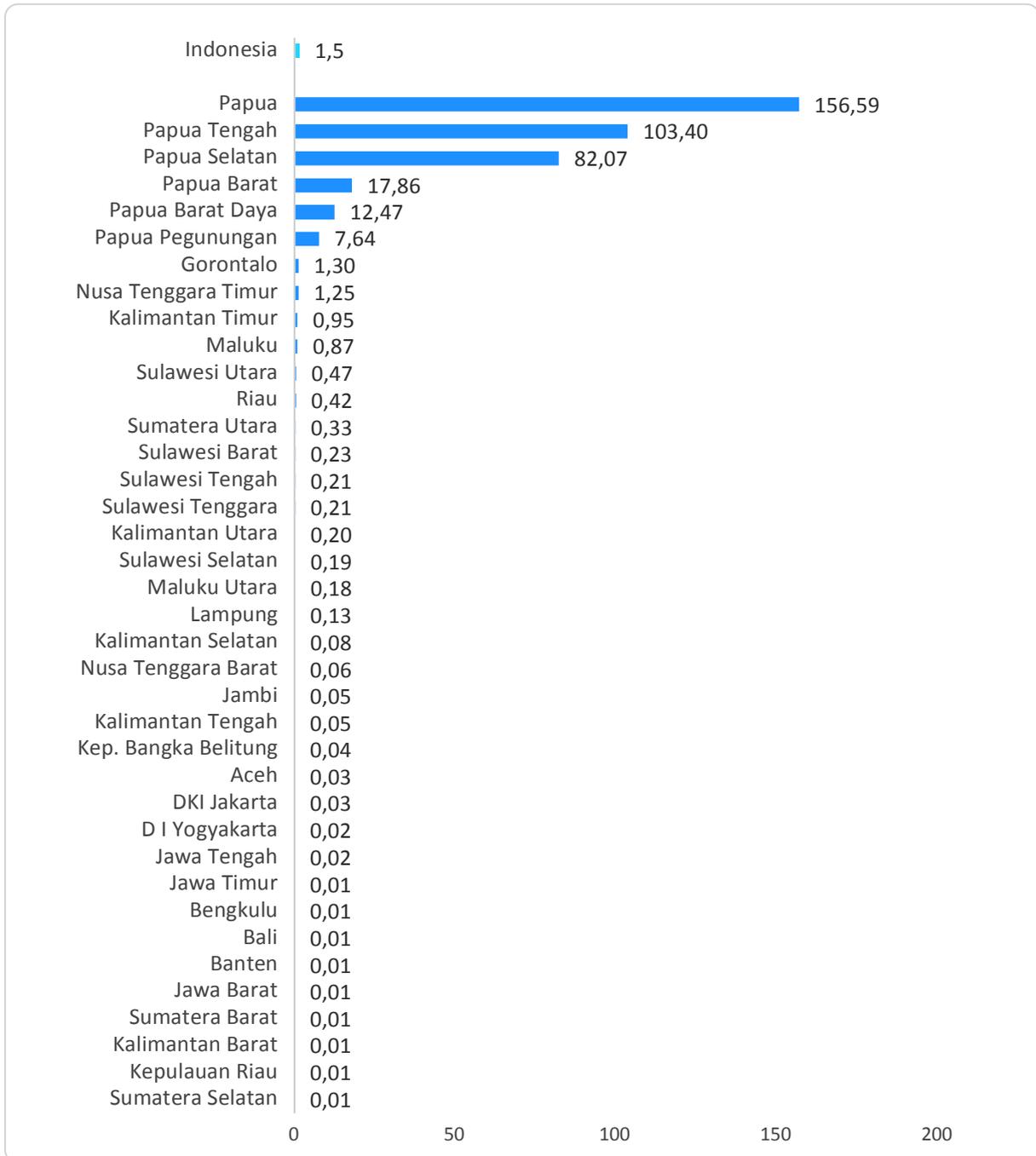


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Dari 3.468.250 suspek malaria tahun 2023 yang dilaporkan, sebanyak 99,80% di antaranya telah terkonfirmasi laboratorium, 59,1% diperiksa secara mikroskopis dan 40,9% menggunakan *Rapid Diagnostic Test* (RDT), dengan capaian *Positivity Rate* (PR) sebesar 12,1% dari angka PR yang ditargetkan <5%.

API pada tingkat nasional dan provinsi di tahun 2023 disajikan pada gambar berikut.

GAMBAR 6.48
ANGKA KESAKITAN MALARIA (API)
PER 1.000 PENDUDUK MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



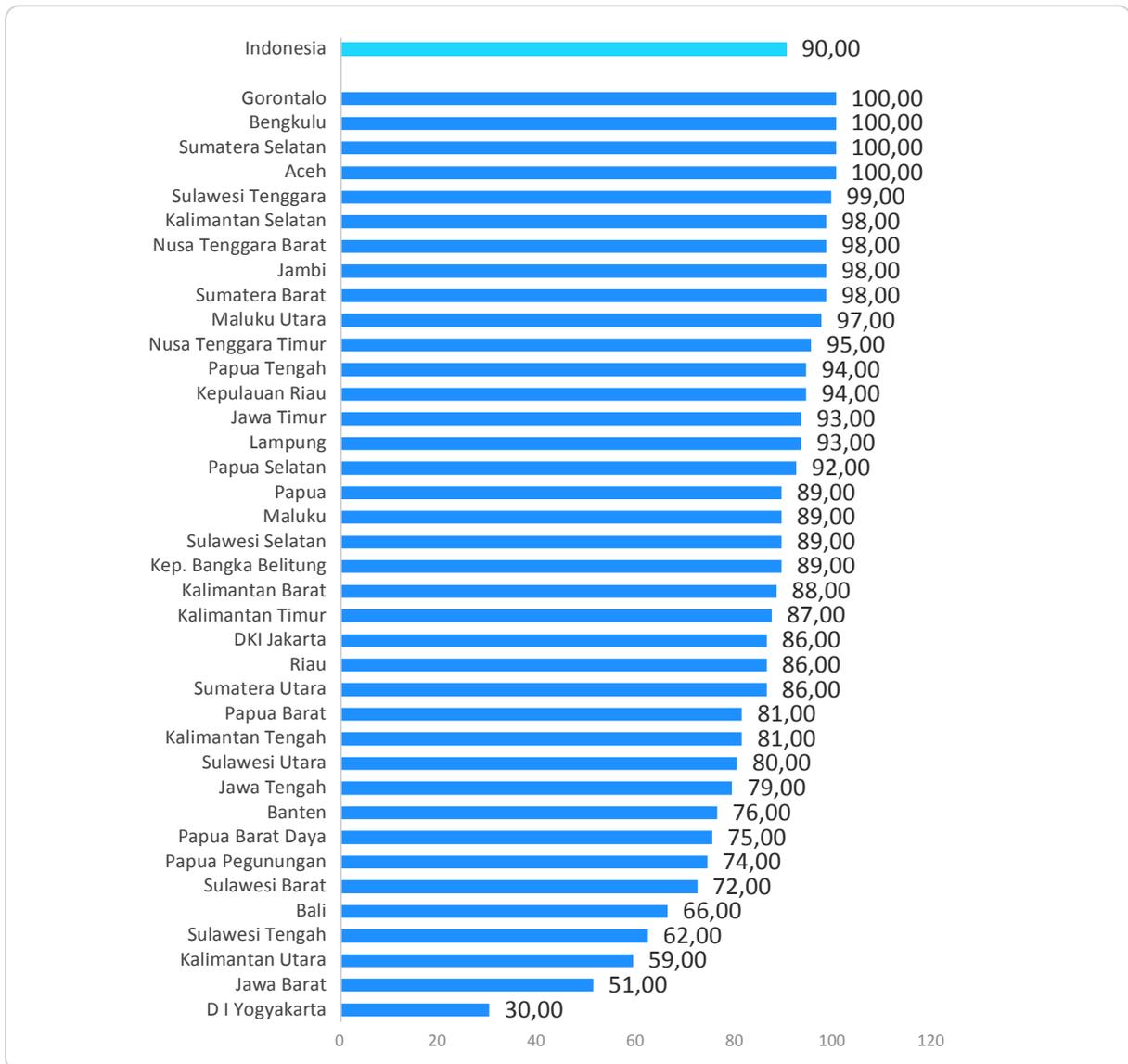
Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Sebanyak 78% provinsi di Indonesia telah mampu menekan API malaria hingga kurang dari 1 per 1.000 penduduk. Provinsi Papua merupakan provinsi dengan API malaria tertinggi. Hal ini sejalan dengan banyaknya kabupaten/kota di provinsi tersebut dengan status endemis tinggi. Tingginya API di Provinsi Papua sebesar 156,59 per 1.000 penduduk yang jauh lebih besar dibandingkan seluruh provinsi, hal ini dapat menggambarkan kontribusi yang signifikan terhadap API di tingkat nasional.

b. Pengobatan Malaria

Pengobatan malaria yang standar dan efektif sampai saat ini masih menggunakan *Artemisinin-based Combination Therapy* (ACT) ditambah primakuin. Pengobatan dilakukan pada 24 jam pertama pasien demam dan obat harus diminum habis. Pemerintah menetapkan target persentase pengobatan ACT sebesar $\geq 95\%$.

GAMBAR 6.49
PERSENTASE PENGOBATAN ACT MENURUT PROVINSI
TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Pada gambar di atas dapat diketahui hanya sebagian provinsi di Indonesia yang memenuhi target pengobatan standar $\geq 95\%$, yaitu sebanyak 11 provinsi (28%). Selain itu masih terdapat 27 provinsi dengan persentase pengobatan standar kurang dari 95%, dengan 10 Provinsi terendah yaitu DI Yogyakarta, Jawa Barat, Kalimantan Utara, Sulawesi Tengah, Bali, Sulawesi Barat, Papua Pegunungan, Papua Barat Daya, Banten, dan Jawa Tengah.

Data dan informasi lebih rinci tentang penyakit Malaria terdapat pada Lampiran 73.a, 73.b, dan 73.c.

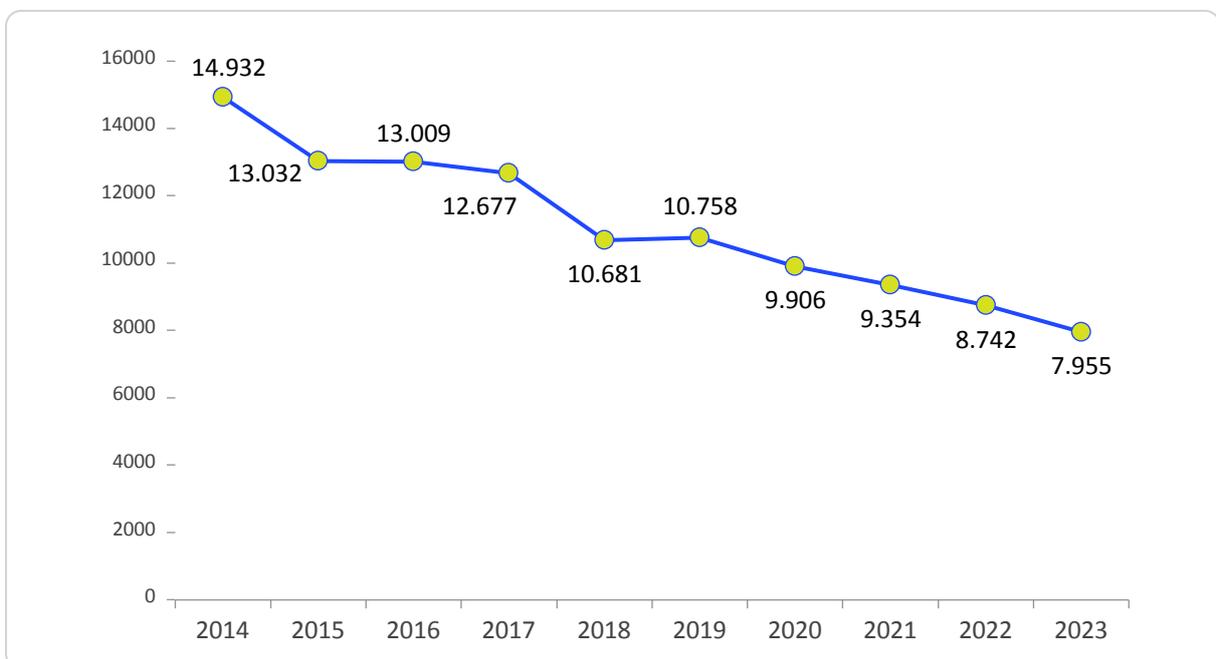
5. Filariasis

Filariasis merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh cacing *Filaria* dan ditularkan dengan perantara nyamuk. Cacing *Filaria* yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk akan merusak sistem limfe, menimbulkan pembengkakan pada tangan, kaki, glandula mammae dan scrotum, menimbulkan cacat seumur hidup serta stigma sosial bagi penderita dan keluarganya. Secara tidak langsung, penyakit yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk ini dapat berdampak pada penurunan produktivitas kerja penderita dan beban keluarga. Cacing penyebab *Filaria* yang tersebar di Indonesia terdiri dari tiga spesies yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*.

Diperkirakan saat ini terdapat 1,3 miliar penduduk yang berisiko tertular penyakit Filariasis di dunia. Jumlah tersebut tersebar di lebih dari 83 negara dan 60% kasus tersebut terdapat di Asia Tenggara. Dalam Pertemuan ke 73 *World Health Assembly* (WHA) secara Virtual tanggal 12 November 2020, WHO telah meluncurkan Roadmap untuk penyakit tropis terabaikan (*Neglected Tropical Diseases /NTDs*) tahun 2021–2030. Sejalan dengan hal tersebut, Indonesia telah menargetkan eliminasi filariasis pada tahun 2030.

Di Indonesia, pada tahun 2023 terdapat 7.955 kasus kronis Filariasis yang tersebar di 38 Provinsi. Angka ini terlihat menurun dari data tahun sebelumnya karena dilaporkan beberapa kasus meninggal dunia dan adanya perubahan diagnosis setelah dilakukan validasi data dan konfirmasi kasus klinis kronis yang dilaporkan tahun sebelumnya. Grafik berikut menggambarkan kondisi kasus Filariasis di Indonesia selama sepuluh tahun terakhir.

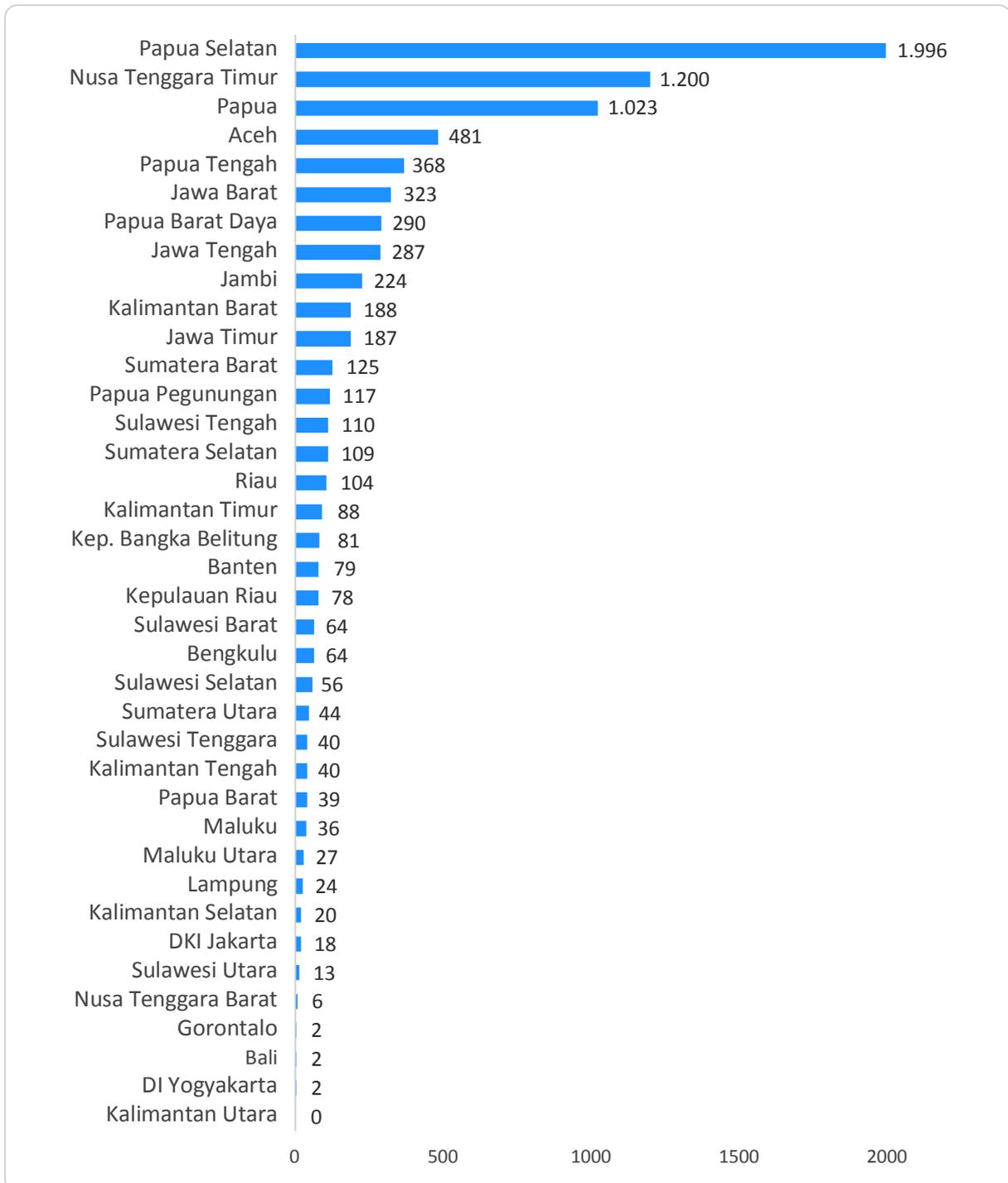
GAMBAR 6.50
JUMLAH KASUS KRONIS FILARIASIS DI INDONESIA TAHUN 2014 – 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Provinsi dengan kasus kronis Filariasis tertinggi terdapat di wilayah timur Indonesia, yaitu Papua Selatan sebanyak 1.996 kasus, Nusa Tenggara Timur 1.200 kasus, dan Papua sebanyak 1.023 kasus. Provinsi dengan kasus Filariasis < 5 kasus yaitu Bali, DI Yogyakarta, Gorontalo dan Kalimantan Utara.

GAMBAR 6.51
JUMLAH KASUS KRONIS FILARIASIS MENURUT PROVINSI
TAHUN 2023

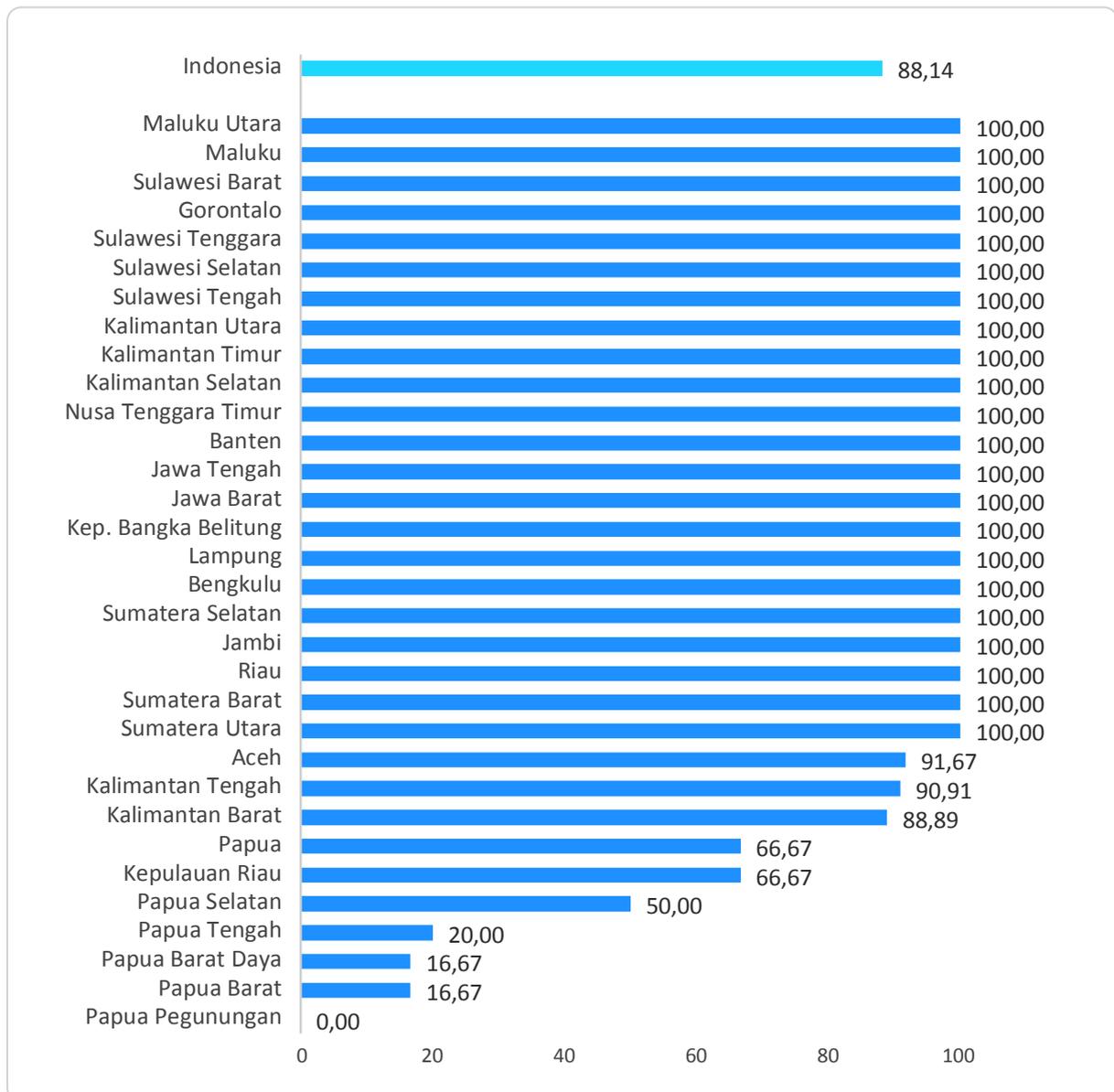


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Keberhasilan program pengendalian Filariasis dapat diketahui di antaranya dengan melihat jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan angka mikrofilaria menjadi < 1%. Indonesia telah menetapkan 236 kabupaten/kota di 32 provinsi sebagai daerah endemis filariasis. Dengan demikian, terdapat 6 provinsi yang tidak memiliki kabupaten/kota endemis sehingga provinsi tersebut ditetapkan sebagai provinsi non-endemis Filariasis. Keenam provinsi tersebut yaitu DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa

Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, dan Sulawesi Utara. Dalam menuju eliminasi filariasis, pemerintah menetapkan dua program utama yaitu melaksanakan kegiatan Pemberian Obat Pencegahan secara Massal Filariasis untuk memutus rantai penularan Filariasis pada penduduk di semua Kabupaten/Kota Endemis Filariasis serta yang kedua adalah tatalaksana kasus kronis filariasis di fasyankes.

GAMBAR 6.52
PERSENTASE KABUPATEN/KOTA ENDEMIS FILARIA
YANG BERHASIL MENURUNKAN ANGKA MIKROFILARIA MENJADI <1%
MENURUT PROVINSI TAHUN 2023



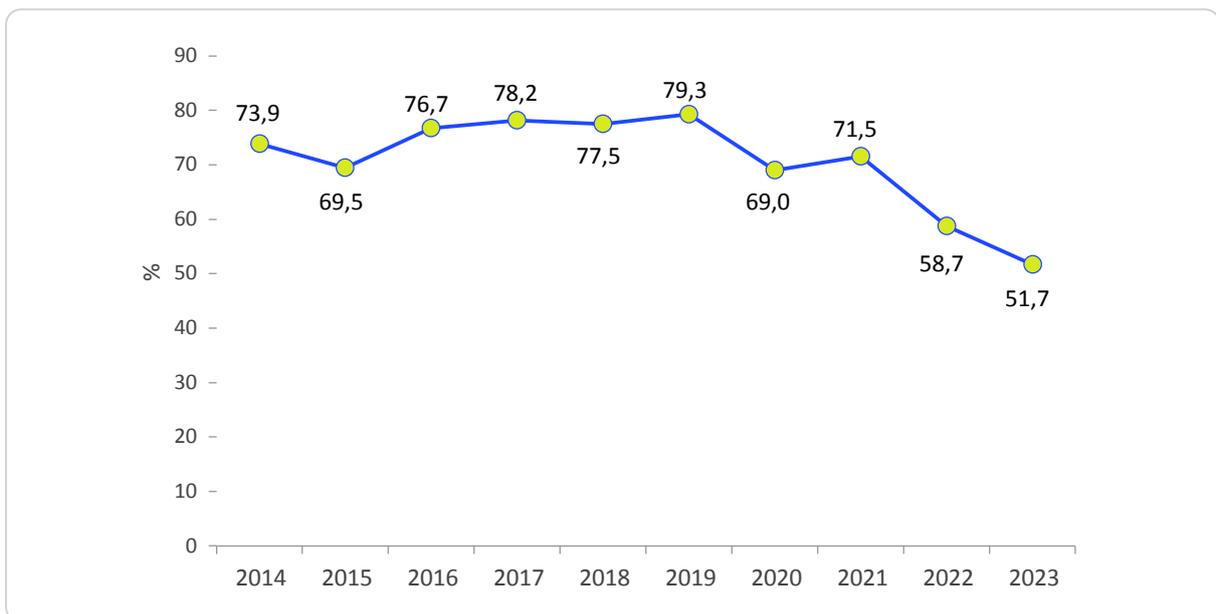
Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Indikator keberhasilan pengendalian Filariasis yang telah ditetapkan Kementerian Kesehatan yaitu jumlah kabupaten/kota endemis yang berhasil menurunkan angka mikrofilaria menjadi <1%. Pada tahun 2023 jumlah kabupaten/kota endemis yang berhasil menurunkan angka mikrofilaria menjadi <1% sebanyak 208 kabupaten/kota dan belum memenuhi target indikator yaitu 220 kabupaten/kota endemis.

Pada gambar di atas dapat diketahui bahwa persentase kabupaten/kota endemis filaria yang berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1% sebesar 88,14%. Terdapat 22 provinsi yang seluruh kabupaten/kotanya mencapai 100%.

Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis dilaksanakan setahun sekali selama lima tahun berturut-turut dengan cakupan minimal 65%. Seluruh kabupaten/kota endemis Filariasis telah memulai tahapan POPM filariasis dengan waktu yang berbeda-beda. Pada tahun 2023 sebanyak 26 (11,02%) kabupaten/kota endemis Filariasis masih melaksanakan POPM Filariasis. Sedangkan sisanya yaitu 210 kabupaten/kota endemis filariasis telah menyelesaikan putaran POPM filariasis selama 5 tahun dan memasuki masa surveilans eliminasi dan pasca eliminasi.

GAMBAR 6.53
CAKUPAN POPM FILARIASIS DI INDONESIA
TAHUN 2014-2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Cakupan POPM Filariasis mencerminkan tingginya kesadaran masyarakat dalam berpartisipasi memutus rantai penularan Filariasis melalui pemberian obat pencegahan massal. Selama periode tahun 2014 sampai 2019 tren cakupan penduduk minum obat Filariasis di kabupaten/kota endemis yang masih melaksanakan POPM Filariasis cenderung meningkat. Namun tahun 2019-2023 cenderung menurun menjadi 51,7% pada tahun 2023. Dari 26 kabupaten/kota endemis filariasis yang belum menyelesaikan 5 tahun putaran POPM >65%, sebanyak 20 kabupaten/kota diantaranya berada di Provinsi Papua, Papua Tengah, Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua Barat dan Papua Barat Daya. Kondisi geografis serta faktor keamanan menjadi penyebab menurunnya cakupan POPM filariasis pada tahun 2023.

Pada tahun 2023 sebanyak 13 kabupaten/kota melaksanakan POPM Filariasis menggunakan obat Diethylcarbamazine (DEC) dan Albendazole (DA) dan sebanyak 13 kabupaten/kota menggunakan tiga macam kombinasi obat yaitu kombinasi DEC, Albendazole dan Ivermectine (IDA). Terdapat 3 kabupaten di provinsi Papua Pegunungan dan 1 di Provinsi Papua Tengah yang pelaksanaan POPM dengan kombinasi obat DA tidak melaporkan data cakupan POPM filariasis.

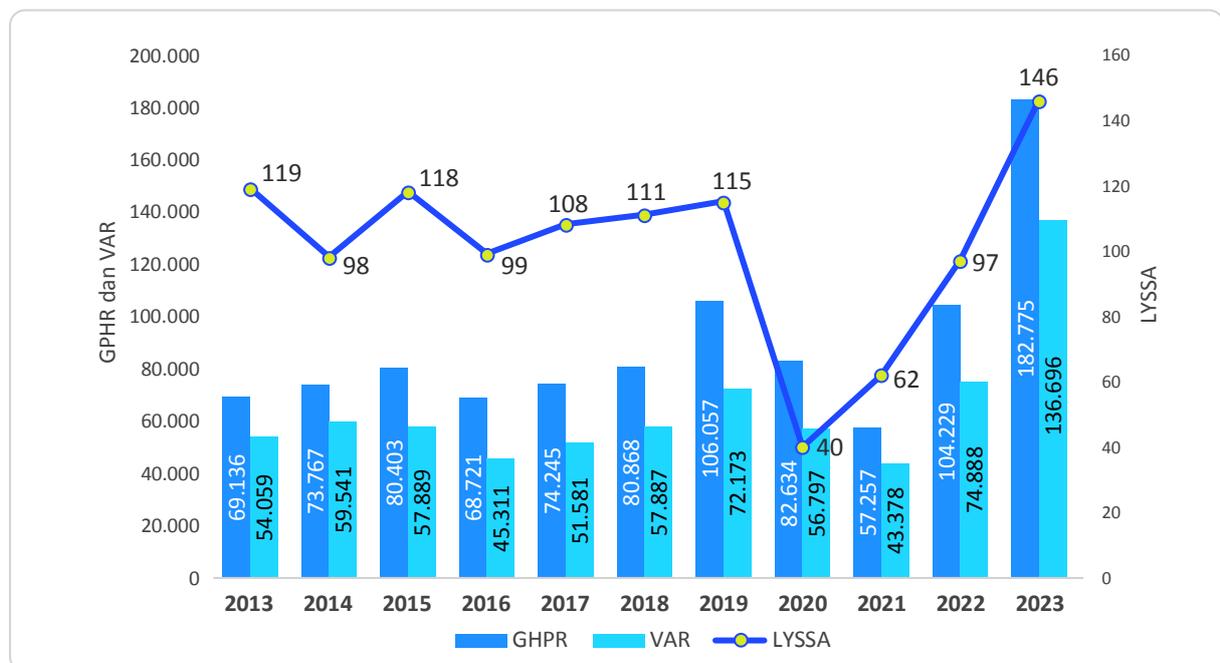
6. Rabies

Rabies merupakan penyakit menular disebabkan oleh virus dari golongan *Rhabdovirus*. Penyakit ini ditularkan melalui gigitan hewan penular rabies seperti anjing, kucing, kelelawar, kera, musang dan serigala. Selain bagi manusia, rabies dapat menyebabkan kesakitan dan kematian bagi hewan penular tersebut.

Permasalahan Rabies dapat diketahui melalui kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR), pemberian Vaksin Anti Rabies (VAR), dan kasus kematian (LYSSA). Kasus GHPR yang dilaporkan diarahkan untuk mendapatkan VAR. Kasus GHPR yang mengalami kematian dan ditemukan adanya sero positif pada hewan penularnya menjadi landasan penentuan daerah rabies.

Sampai dengan tahun 2023 terdapat 12 provinsi yang telah dinyatakan sebagai wilayah bebas Rabies, yaitu yaitu Kepulauan Bangka Belitung, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Papua, Papua Barat, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan dan Papua Barat Daya.

GAMBAR 6.54
SITUASI RABIES DI INDONESIA
TAHUN 2013 – 2023

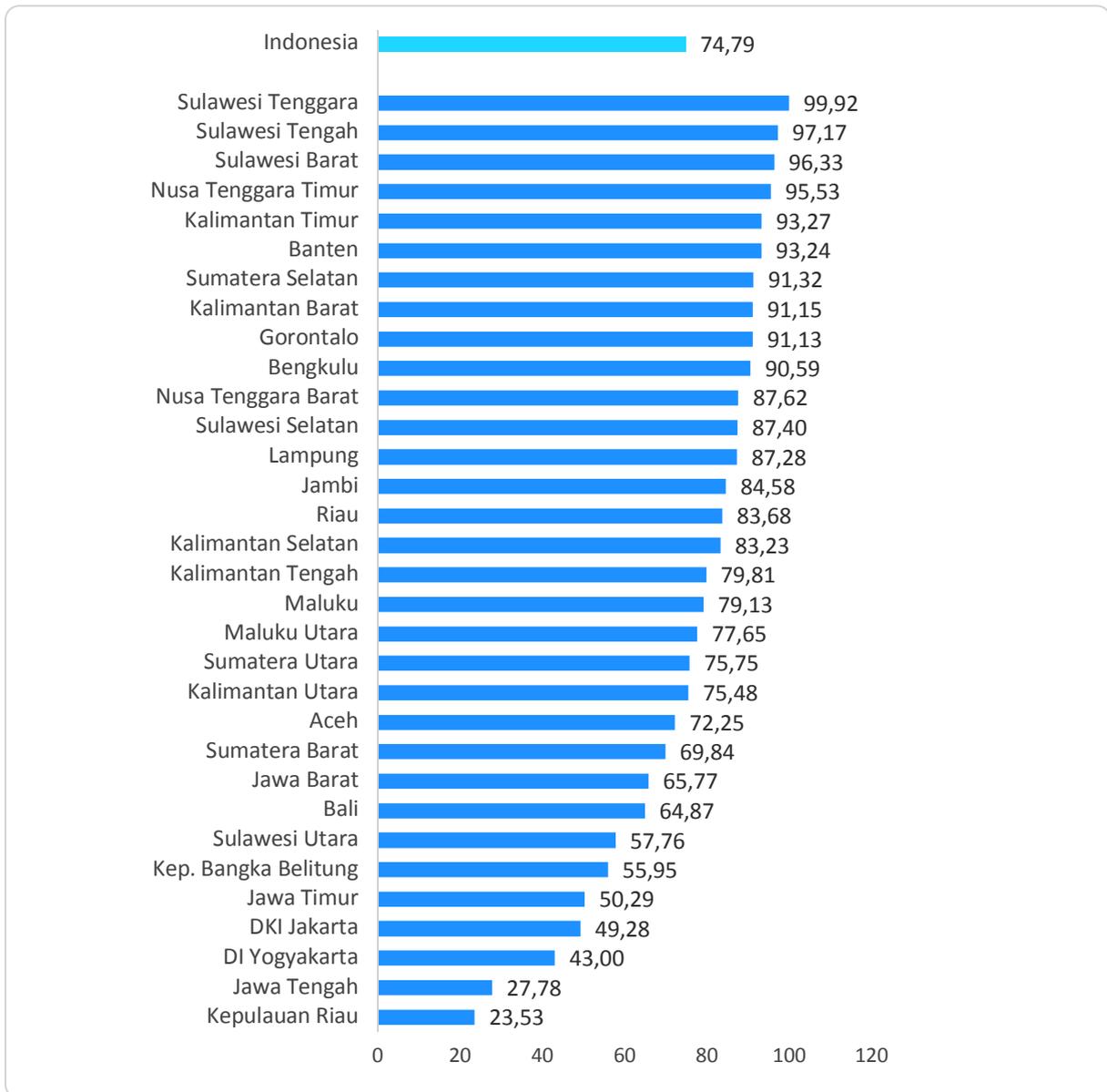


Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Berdasarkan grafik kecenderungan GHPR, VAR dan LYSSA yang disajikan di atas, kasus GHPR tertinggi dilaporkan pada tahun 2023 sebesar 182.775 kasus. Kasus GHPR pada tahun 2023 menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya. Kasus VAR yang dilaporkan pada tahun 2023 juga menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2022 yaitu dari 74.888 menjadi 136.696 kasus. Demikian juga untuk kasus kematian (LYSSA) meningkat dari 96 menjadi 146 kasus.

Pada tahun 2023 Kasus GHPR paling banyak dilaporkan oleh Provinsi Bali sebesar 72.522 kasus, Nusa Tenggara Timur sebesar 18.924 kasus, dan Sumatera Utara sebesar 10.360 kasus. Kasus GHPR harus segera mendapatkan tatalaksana, di antaranya dengan pemberian VAR. Berikut ini disajikan persentase pemberian VAR terhadap kasus GHPR.

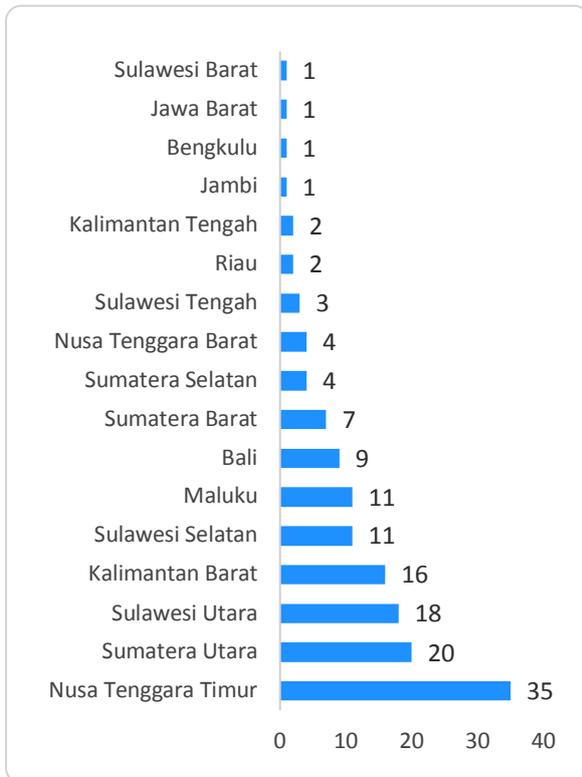
GAMBAR 6.55
PERSENTASE PEMBERIAN VAR PADA KASUS GHPR
DI INDONESIA TAHUN 2023



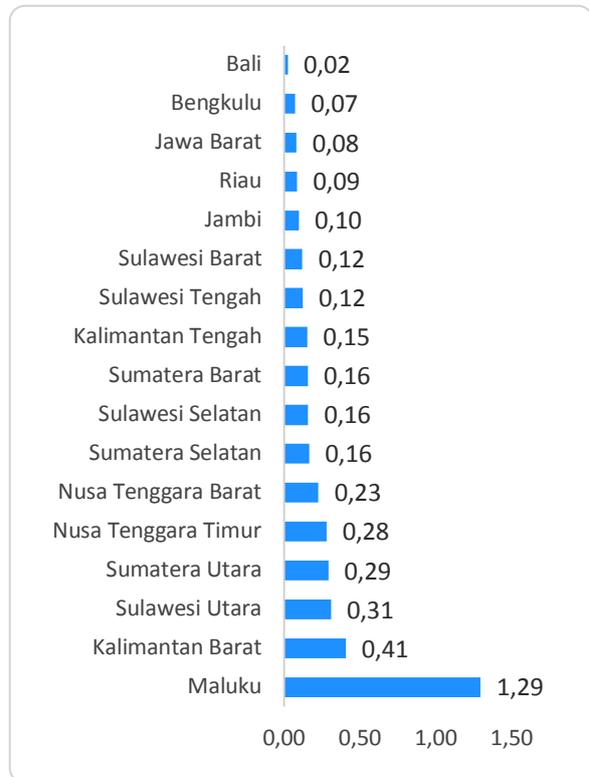
Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Capaian pemberian VAR tertinggi yaitu Kalimantan Timur sebesar 99,92%, Sedangkan Kepulauan Riau memiliki capaian pemberian VAR terendah sebesar 23,53%. Provinsi Bali, NTT dan Sumatera Utara yang melaporkan kasus GHPR tertinggi masing-masing memiliki persentase 64,87%, 95,53% dan 75,75%. Dengan tingginya kasus GHPR, seharusnya diperlukan capaian pemberian VAR yang tinggi. Penatalaksanaan kasus yang efektif dan pemberian VAR dapat mencegah kematian karena Rabies.

GAMBAR 6.56
JUMLAH KEMATIAN AKIBAT RABIES (LYSSA)
DI INDONESIA
TAHUN 2023



GAMBAR 6.57
PROPORSI KEMATIAN AKIBAT RABIES
TERHADAP KASUS GHPR (%) DI INDONESIA
TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

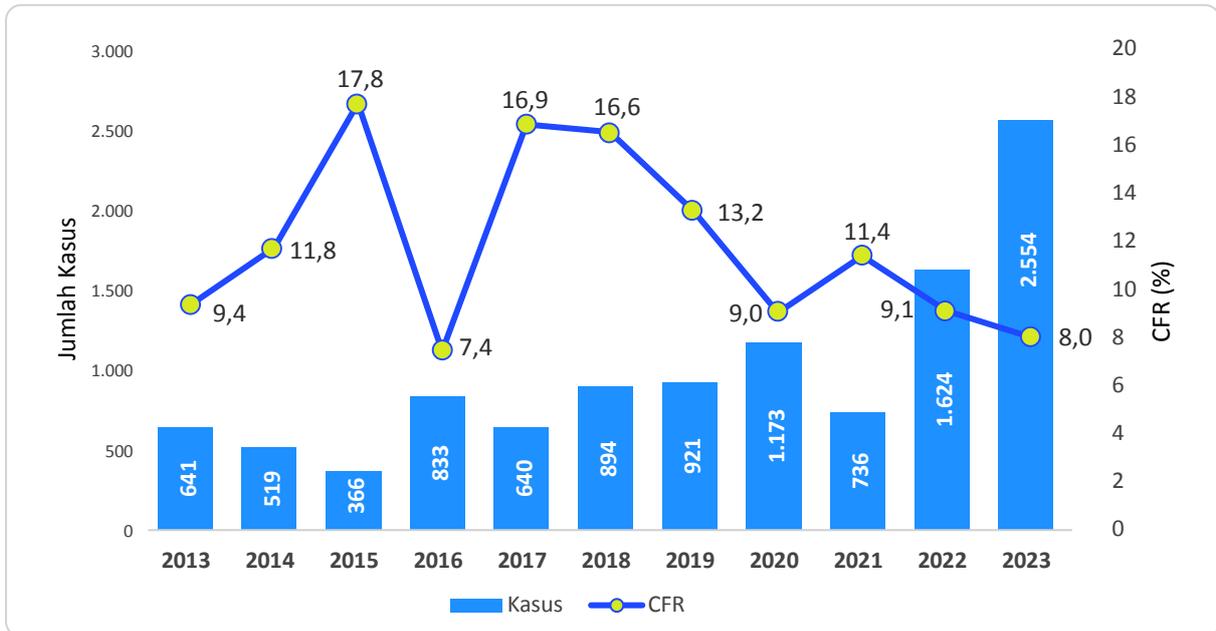
Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Sumatera Utara melaporkan kasus kematian akibat Rabies lebih tinggi dibandingkan provinsi lainnya. Jika dilihat berdasarkan proporsi kematian akibat rabies terhadap kasus GHPR, tertinggi yaitu Provinsi Maluku, Kalimantan Barat, dan Sulawesi Utara dengan masing-masing persentase sebesar 1,29%, 0,41% dan 0,31%. Apabila dibandingkan dengan persentase VAR terhadap kasus GHPR, Provinsi Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Barat, dan Nusa Tenggara Timur memiliki persentase di atas 95%. Kematian akibat rabies diakibatkan keterlambatan penatalaksanaan kasus dan pemberian VAR.

7. Leptospirosis

Leptospirosis adalah penyakit menular yang disebabkan bakteri *Leptospira sp.* Penyakit ini ditularkan melalui kontak langsung atau tidak langsung antara manusia dengan urine hewan yang telah terinfeksi bakteri *Leptospira*. Tingginya biaya pemeriksaan laboratorium dan metode diagnosis menyebabkan tidak semua kasus dapat dilaporkan.

Pada tahun 2023 ditemukan adanya 2554 kasus Leptospirosis di Indonesia yang dilaporkan oleh dua belas provinsi, yaitu DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, Kalimantan Utara, Sulawesi Selatan, Kalimantan Timur, Kepulauan Riau, Bali dan Maluku. Dari sejumlah kasus yang dilaporkan tersebut, terdapat 205 kasus meninggal dengan *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 8%.

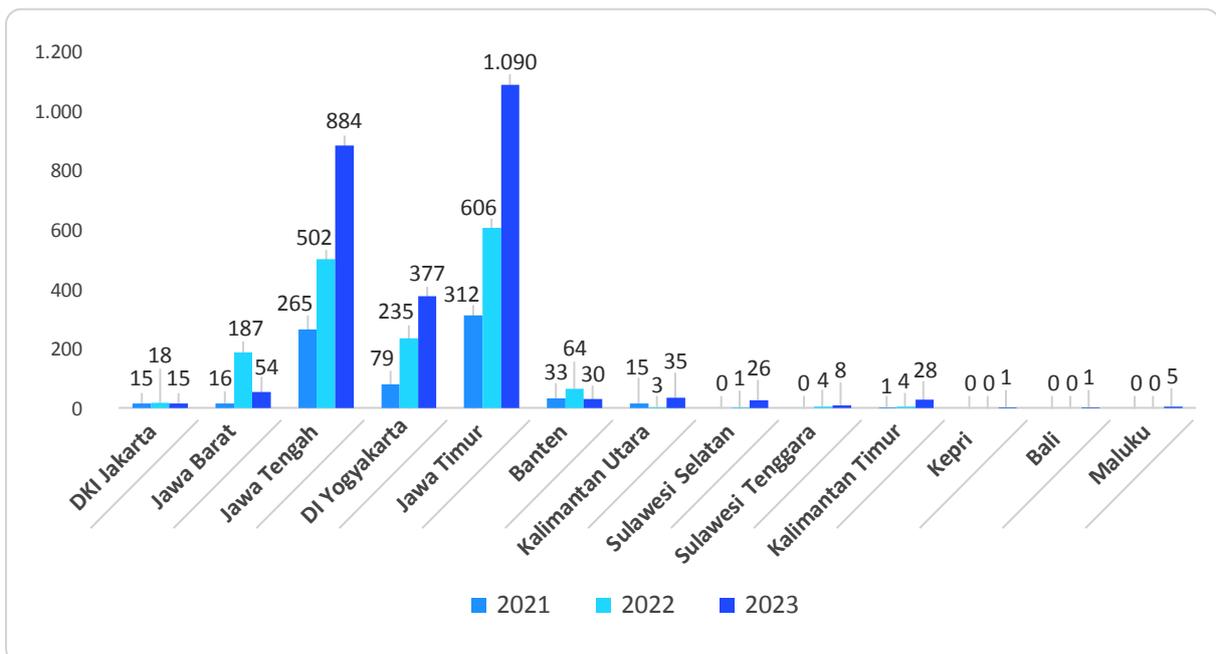
GAMBAR 6.58
SITUASI LEPTOSPIROSIS DI INDONESIA TAHUN 2013 – 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Kasus Leptospirosis tahun 2023 meningkat dibandingkan tahun 2022 yaitu dari 1.624 kasus menjadi 2.554 kasus. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan kasus di Pulau Jawa dan Kalimantan khususnya Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D.I. Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Utara dan Kalimantan Timur. Sedangkan CFR menurun dari 9,1 % menjadi 8%. Hal ini dapat disebabkan karena kecepatan dalam mendeteksi dini dan merespon kasus yang ditemukan.

GAMBAR 6.59
JUMLAH KASUS LEPTOSPIROSIS DI INDONESIA TAHUN 2021 – 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2024

Provinsi Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara melaporkan peningkatan kasus. Sedangkan penurunan kasus terjadi di Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat dan Banten. Kepulauan Riau, Bali dan Maluku pada tahun 2022 tidak ditemukan kasus Leptospirosis dan pada tahun 2023 melaporkan adanya kasus leptospirosis.

Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur menjadi penyumbang terbesar terhadap seluruh kasus di Indonesia yaitu masing-masing sebesar 36,6% dan 42,7%.

Kasus dan kematian akibat Leptospirosis memerlukan upaya pengendalian yang selama ini dilakukan melalui strategi sebagai berikut:

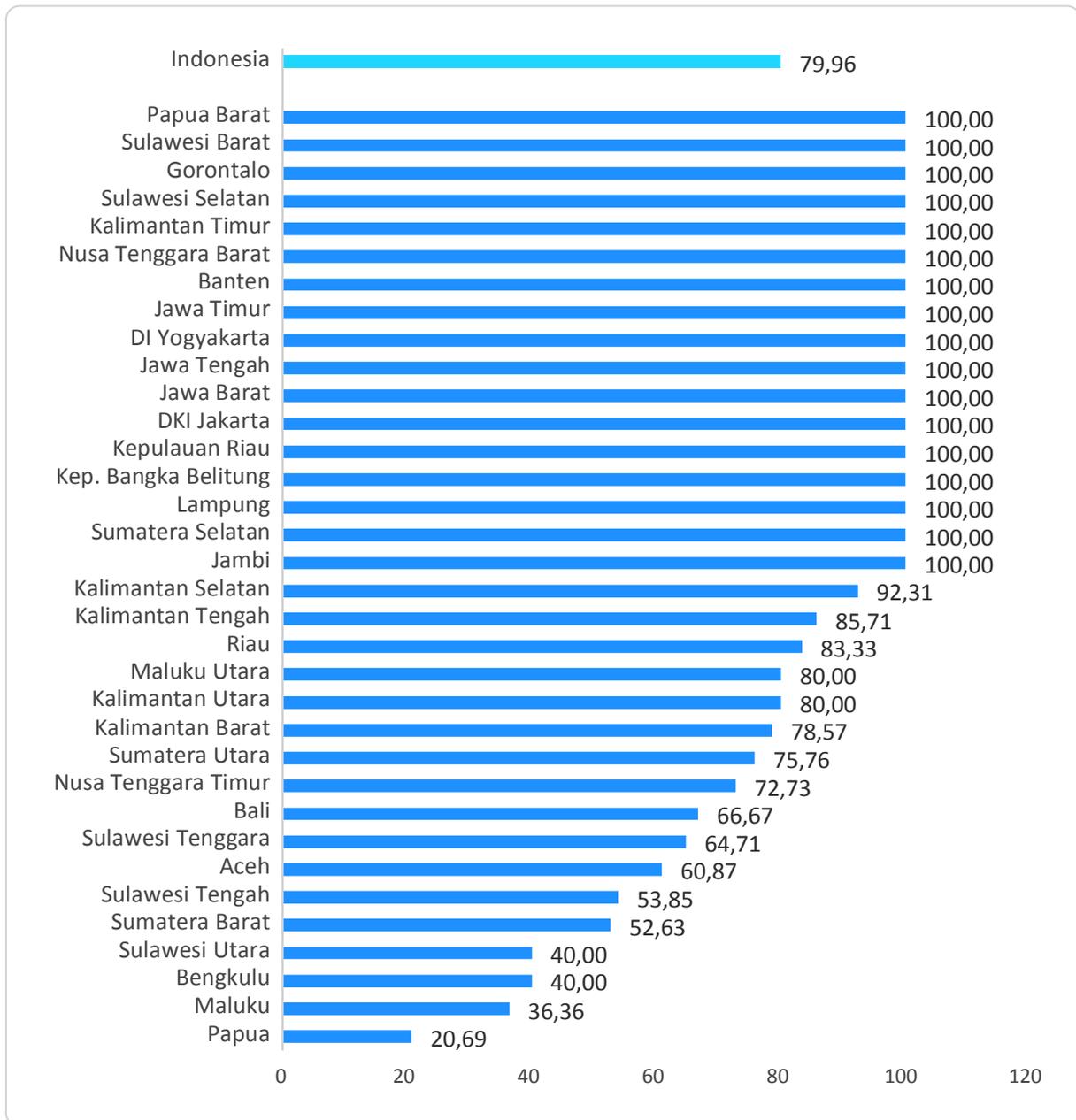
1. Penyediaan NSPK Pengendalian Leptospirosis,
2. Penyediaan media Komunikasi, Informasi dan Edukasi,
3. Peningkatan kapasitas sumberdaya manusia baik melalui pelatihan, sosialisasi, orientasi dan *workshop*,
4. Penguatan surveilans zoonosis berbasis laboratorium seperti Surveilans Sentinel Leptospirosis di berbagai daerah seperti Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sulawesi Selatan.
5. Penguatan surveilans leptospirosis terpadu lintas sektor Kabupten Demak Provinsi Jawa Tengah
6. Penguatan tata laksana sesuai standar dan prosedur,
7. Peningkatan sistem kewaspadaan dini dan respon cepat penanggulangan KLB,
8. Pengendalian faktor risiko secara terpadu yang terdiri dari lintas program dan lintas sektor meliputi sektor kesehatan hewan dan kesehatan satwa liar,
9. Penyediaan logistik (*Rapid Diagnostik Test*).

8. Pengendalian Vektor Terpadu

Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit adalah semua kegiatan atau tindakan yang ditujukan untuk menurunkan populasi vektor dan binatang pembawa penyakit serendah mungkin sehingga keberadaannya tidak lagi berisiko untuk terjadinya penularan penyakit tular vektor di suatu wilayah atau menghindari kontak masyarakat dengan vektor sehingga penularan vektor dapat dicegah. Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit merupakan upaya preventif yang paling efektif dalam rangka pencegahan penyakit tular vektor dan zoonotik, karena penularan penyakit ini tidak akan terjadi apabila tidak ada vektor dan binatang pembawa penyakit.

Kementerian Kesehatan menetapkan persentase kabupaten/kota yang memiliki 25% puskesmas melaksanakan surveilans vektor sebagai indikator pengendalian vektor. Puskesmas yang melaksanakan surveilans vektor yang dimaksud pada indikator tersebut adalah Puskesmas yang melaksanakan surveilans nyamuk *Aedes* dan/atau nyamuk *Anopheles* secara rutin setiap bulan yang dilaporkan melalui SILANTOR (Sistem Surveilans Vektor) berupa angka bebas jentik dan index habitat nasional.

GAMBAR 6.60
PERSENTASE KABUPATEN/ KOTA MEMILIKI 25% PUSKESMAS MELAKSANAKAN SURVEILANS VEKTOR
DI INDONESIA TAHUN 2023



Sumber: Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2023

Pada gambar di atas dapat diketahui bahwa persentase kabupaten/kota memiliki 25% puskesmas melaksanakan surveilans vektor sebesar 79,96%. Terdapat 17 provinsi dengan capaian 100%. Hal ini menunjukkan bahwa upaya surveilans dan pengendalian vektor telah mencapai target yang ditetapkan, dari target 70% dengan realisasi 79,96%.