



GUBERNUR PAPUA

PERATURAN GUBERNUR PAPUA

NOMOR 27 TAHUN 2025

TENTANG

RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN PNEUMONIA DAN DIARE PROVINSI PAPUA TAHUN 2025-2030

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

Lampiran : 3 (tiga).

GUBERNUR PAPUA,

Mengingat : a. bahwa pneumonia dan diare merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang menimbulkan angka kesakitan dan kematian yang tinggi, terutama untuk kelompok usia bayi dan balita, sehingga penanggulangan pneumonia dan diare menjadi target program nasional, guna mewujudkan target program nasional Pemerintah Daerah bertanggungjawab menyelenggarakan penanggulangan pneumonia dan diare;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Gubernur Papua tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Pneumonia dan Diare Provinsi Papua Tahun 2025-2030;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1969 tentang Pembentukan Propinsi Otonom Irian Barat dan Kabupaten-kabupaten Otonom di Propinsi Irian Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1969 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2907);

2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);

3. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4151) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 Tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 155, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6697);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2002 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4235) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2016 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2016 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak Menjadi Undang-Undang (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 237, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5946);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
10. Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2022 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 180);
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1215/Menkes/SK/XI/2001 tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1537.A/Menkes/SK/XII/2022 tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut Untuk Penanggulangan Pneumonia Pada Balita;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN PNEUMONIA DAN DIARE PROVINSI PAPUA TAHUN 2025-2030.

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini, yang dimaksud dengan :

1. Provinsi adalah Provinsi Papua.
2. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Papua.
3. Gubernur ialah Gubernur Papua.
4. Sekretaris Daerah, yang selanjutnya disebut SEKDA ialah Sekretaris Daerah Provinsi Papua.
5. Satuan Kerja Perangkat Daerah, yang selanjutnya disingkat SKPD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Papua.
6. Dinas adalah Dinas di Lingkungan Pemerintah Provinsi Papua.
7. Pneumonia adalah penyakit menular yang akut yang disebabkan oleh kuman (bakteri, virus, jamur dan parasit) maupun polutan yang menyerang organ pernafasan atau paru.
8. Diare adalah penyakit menular yang akut atau kronis yang disebabkan utamanya oleh kuman (bakteri, virus, jamur dan parasit) maupun akibat keracunan zat toksik yang menyerang organ pencernaan.
9. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Pneumonia dan Diare, yang selanjutnya disingkat RADPPD adalah program aksi daerah berupa langkah-langkah konkret dan terukur yang telah disepakati oleh para pemangku kepentingan.
10. Penanggulangan Pneumonia dan Diare (PD) merupakan segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan rantai penularan, mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat Pneumonia dan Diare.
11. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Provinsi, Swasta dan atau masyarakat.
12. *Universal Health Coverage (UHC)* atau Cakupan Kesehatan Semesta adalah sistem jaminan kesehatan yang memastikan seluruh warga negara memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan, UHC bertujuan untuk menjamin kesetaraan dalam mengakses layanan kesehatan, meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan melindungi masyarakat dari resiko keuangan akibat masalah kesehatan.
13. *Primary Health Care (PHC)* atau Pelayanan Kesehatan Primer adalah pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan berkualitas, PHC merupakan kontak pertama masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan. PHC utamanya berbentuk Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang berada di suatu wilayah setingkat kecamatan. Fasilitas kesehatan di bawah Puskesmas adalah Puskesmas Pembantu (Pustu) atau Poliklinik Kebidanan (Polindes).
14. Pos Pelayanan Terpadu, yang selanjutnya disebut Posyandu adalah fasilitas layanan berbagai macam program kesehatan milik masyarakat yang berbasis di tingkat desa/kampung atau kelurahan, Posyandu dikelola dan diselenggarakan oleh masyarakat melalui wakil masyarakat yang terlatih, yang biasanya disebut kader kesehatan, Posyandu diselenggarakan satu kali sebulan.

15. Manajemen Terpadu Balita Sakit, yang selanjutnya disingkat MTBS adalah pendekatan pelayanan terpadu untuk menangani bayi dan balita (bawah lima tahun) sakit di fasilitas kesehatan dasar. MTBS berfokus pada kesehatan anak usia 0-59 bulan (balita) secara menyeluruh.
16. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku sanitasi dan higiene masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat. Tujuannya adalah untuk mencegah penyakit yang disebabkan oleh lingkungan, meningkatkan akses air minum dan sanitasi dasar, serta meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menyelenggarakannya secara mandiri.
17. Air Layak Minum adalah air yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum, baik melalui proses pengolahan maupun tanpa proses pengolahan. Syarat air layak minum adalah tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna, tidak mengandung mikroorganisme berbahaya, dan tidak mengandung logam berat atau polutan lainnya.
18. Sanitasi Layak adalah fasilitas sanitasi yang memenuhi syarat kesehatan, seperti kloset menggunakan leher angsa, tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki septik atau sistem pengolahan air limbah (SPAL).
19. Air Susu Ibu Eksklusif, yang selanjutnya disebut ASI Eksklusif adalah pemberian air susu ibu secara eksklusif kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan, tanpa digantikan oleh makanan atau minuman lain. ASI Eksklusif hanya boleh dikombinasikan dengan obat dan vitamin dalam bentuk sirup bila dibutuhkan.
20. Suplementasi Vitamin A adalah program pemberian kapsul vitamin A kepada anak-anak dan ibu nifas untuk mencegah kekurangan vitamin A, mencegah kebutaan dan meningkatkan daya tahan tubuh.
21. Pemberian Makanan Tambahan Bagi Bayi dan Balita, yang selanjutnya disebut PMT Bagi Bayi dan Balita adalah program yang memberikan makanan kepada bayi dan balita yang beresiko kekurangan gizi dan bertujuan untuk meningkatkan status gizi dan kesehatan bayi dan balita.
22. Vaksinasi adalah pemberian vaksin untuk membantu sistem imun mengembangkan perlindungan dari suatu penyakit tertentu. Untuk melindungi bayi dan balita dari penyakit pneumonia dan diare yang sering menyebabkan kesakitan dan kematian, maka bayi dan balita perlu mendapat vaksinasi campak, DPT (difteri, pertusis, tetanus), HiB (haemophilus influenzae tipe B), PCV (pneumococcus virus) dan Rotavirus.
23. *Active Surveillance* atau pengawasan aktif adalah kegiatan pengamatan yang dilakukan oleh petugas khusus untuk mengidentifikasi kasus baru suatu penyakit dan masalah kesehatan, yang dilaksanakan secara sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit dan masalah kesehatan.
24. *Active Case Finding*, yang selanjutnya disingkat ACF adalah penemuan kasus secara aktif di masyarakat maupun di berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes), melalui serangkaian pemeriksaan, seperti pemeriksaan riwayat penyakit dan gejala, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan rontgen dada. Tujuan ACF adalah agar pasien pneumonia dan diare dapat segera terdiagnosis dan mendapatkan pengobatan yang memadai sehingga tidak jatuh pada kondisi yang lebih buruk maupun menularkan kepada orang lain.
25. *Under Reporting* adalah situasi di mana belum semua kasus atau masalah atau insiden penyakit dilaporkan oleh individu atau petugas kesehatan yang bertanggung jawab.

26. *Undetected Cases* atau *Under Diagnosis Cases* Pneumonia Diare (PD) adalah kasus balita dengan pneumonia dan diare yang belum mengakses layanan di Puskesmas ataupun belum teridentifikasi sebagai kasus pneumonia dan diare walaupun sudah dilayani di Puskesmas.
27. *Screening Pneumonia dan Diare* (PD) adalah proses pemeriksaan kesehatan untuk mendeteksi penyakit pneumonia dan diare secara dini.
28. Sistem Manajemen Data adalah teknologi yang digunakan untuk mengatur dan menyimpan berbagai jenis data, seperti dokumen, berkas, dan rekaman.
29. Manajemen Data adalah strategi yang berfokus pada pengelolaan data dari awal hingga akhir, termasuk mengidentifikasi data yang sudah tidak relevan dan dapat dihapus.
30. Kejadian Luar Biasa, yang selanjutnya disingkat KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kasus kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologi di suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.
31. Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tanggung jawab dan tugas antar fasilitas pelayanan kesehatan secara timbal balik.
32. Sensitif Budaya adalah kemampuan untuk mengembangkan emosi positif guna memahami dan menghargai perbedaan budaya yang dapat mendorong ke arah perilaku yang tepat dan efektif dalam komunikasi antar budaya.
33. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, yang selanjutnya disingkat PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran diri sehingga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan kesehatan di masyarakat.
34. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, yang selanjutnya disingkat PPI adalah program untuk melindungi pasien, petugas dan pengunjung serta keluarga dari risiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas atau berkunjung ke suatu rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
35. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, yang selanjutnya disingkat APBN adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan negara yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat.
36. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan daerah yang dibahas dan disetujui bersama pemerintah daerah dan DPRD dan ditetapkan dengan Peraturan Daerah.

BAB II
MAKSUD, TUJUAN DAN RUANG LINGKUP
Bagian Kesatu
Maksud dan Tujuan
Pasal 2

RADPPD dimaksudkan untuk mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian balita akibat pneumonia dan diare di Daerah Provinsi Papua pada tahun 2030.

Pasal 3

RADPPD bertujuan mewujudkan penanggulangan pneumonia dan diare secara terpadu dengan mensinergikan kegiatan, tindakan dan dukungan dana konkret dari semua pihak atau multipihak yang berkontribusi kepada penurunan angka kesakitan dan kematian balita akibat pneumonia dan diare.

**Bagian Kedua
Ruang Lingkup
Pasal 4**

Ruang Lingkup Peraturan Gubernur ini, terdiri dari :

- a. Program Aksi Daerah;
- b. Pelaksanaan;
- c. Monitoring, Evaluasi Serta Pelaporan;
- d. Pembiayaan.
- e. Penutup.

**BAB III
PROGRAM AKSI DAERAH
Pasal 5**

- (1) Gubernur menetapkan RADPPD Provinsi Papua Tahun 2025 -2030.
- (2) Ruang Lingkup RADPPD Provinsi Papua Tahun 2025-2030 dengan sistematika sebagai berikut :
 - a. Pendahuluan, yang terdiri dari Latar Belakang, Tujuan dan Kabijakan Penanggulangan Pneumonia Diare Nasional dan Daerah;
 - b. Gambaran Umum dan Analisa Situasi, yang terdiri dari Keadaan Geografis, Topografi, Keadaan Lingkungan, Gambaran Penduduk dan Sosial Ekonomi, Epidemiologi Pneumonia di Provinsi Papua, Epidemiologi Diare, Intervensi Penanggulangan Pneumonia dan Diare, Situasi Program Dalam Komponen Penatalaksanaan Diare, dan Komitmen Politik Dalam Penanggulangan Pneumonia dan Diare;
 - c. Isu Strategis, Kabijakan, Indikator, Tujuan dan Target Penanggulangan Pneumonia dan Diare, yang terdiri dari Isu Strategis, Kebijakan Penanggulangan Program Pneumonia dan Diare, Indikator Penanggulangan Pneumonia dan Diare, dan Target Indikator Utama dan Operasional;
 - d. Strategi dan Intervensi Kunci RADPPD, yang terdiri dari Strategi Utama dan Intervensi Kunci;
 - e. Pembiayaan dan Penganggaran, yang terdiri dari Sumber Pembiayaan dan Rincian Penganggaran;
 - f. Monitoring, Evaluasi dan Pengukuran Hasil, yang terdiri dari Monitoring, Evaluasi dan Pengukuran Hasil Kegiatan; dan
 - g. Penutup.
- (3) RADPPD Provinsi Papua Tahun 2025-2030 sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

**BAB IV
PELAKSANAAN
Bagian Kesatu
Tim Koordinasi
Pasal 6**

- (1) Tim Percepatan Penanggulangan Pneumonia dan Diare/TP3D dibentuk oleh Gubernur untuk melaksanakan RADPPD.
- (2) Tim/7

- (2) Tim Percepatan Penanggulangan Pneumonia dan Diare/TP3D sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai susunan keanggotaan sebagai berikut :
- a. Pengarah : Gubernur.
 - b. Koordinator Pelaksana : SEKDA.
 - c. Pelaksana Harian : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua.
 - d. Sekretariat : Sekretaris Dinas Kesehatan Provinsi Papua.
 - e. Kelompok Kerja :
 - 1. Kelompok Kerja Surveilans.
 - 2. Kelompok Kerja Advokasi.
 - 3. Kelompok Kerja Tata Laksana Program.
 - 4. Kelompok Kerja Kemitraan/Perencanaan.
- f. Tim Respons Cepat
- (3) Struktur Keanggotaan Tim Percepatan Penanggulangan Pneumonia dan Diare/TP3D sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Bagian Kedua
Tugas Pokok dan Fungsi
Pasal 7

- (1) Pengarah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf a mempunyai tugas dan fungsi :
- a. memberikan arahan kepada pelaksana dalam melaksanakan pencegahan dan pengendalian pneumonia dan diare;
 - b. memberikan dukungan kebijakan terkait pencegahan dan pengendalian pneumonia dan diare; dan
 - c. melakukan pemantauan, evaluasi, serta pelaporan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian pneumonia dan diare.
- (2) Koordinator Pelaksana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf b mempunyai tugas dan fungsi :
- a. mengkoordinasikan perumusan dan pelaksanaan dukungan kebijakan;
 - b. menyelenggarakan forum koordinasi teknis dalam rangka pelaksanaan peningkatan kemampuan pencegahan dan deteksi;
 - c. melaksanakan penilaian risiko;
 - d. mengkoordinasikan pemetaan risiko setelah adanya rekomendasi situasi penyakit;
 - e. mengkoordinasikan penyusunan dokumen rencana kontijensi dan simulasi;
 - f. mengkoordinasikan peningkatan kapasitas sumber daya manusia;
 - g. mengkoordinasikan peningkatan kapasitas jejaring laboratorium;
 - h. melakukan analisis data laporan kejadian;
 - i. merekomendasikan penentuan tindakan pengendalian dan penentuan mekanisme darurat;
 - j. menerbitkan dan menyebarkan laporan situasi terkini secara berkala kepada pihak-pihak terkait; dan
 - k. melaksanakan respon cepat melalui investigasi, deteksi dini, dan tindakan teknis yang dibutuhkan.
- (3) Pelaksana Harian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf c mempunyai tugas dan fungsi :
- a. melaksanakan penilaian risiko penyakit pneumonia dan diare;
 - b. mengkoordinasikan pemetaan risiko setelah adanya rekomendasi situasi penyakit secara teknis di lintas program dan lintas sektor;
 - c. mengkoordinasikan penyusunan dokumen rencana kontijensi dan simulasi bak lintas program maupun lintas sektor;
 - d. mengkoordinasikan/8

- d. mengkoordinasikan peningkatan sumber daya manusia;
 - e. mengkoordinasikan peningkatan kapasitas jejaring laboratorium;
 - f. melakukan analisis data laporan kejadian;
 - g. merekomendasikan penentuan Tindakan pengendalian dan penentuan mekanisme darurat;
 - h. menerbitkan dan menyebarkan laporan situasi terkini secara berkala kepada pihak-pihak terkait; dan
 - i. melaksanakan respons cepat melalui investigasi, deteksi dini dan tindakan teknis yang dibutuhkan.
- (4) Sekretariat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf d mempunyai tugas dan fungsi menyiapkan keperluan administratif terkait tahapan kegiatan penanggulangan penyakit pneumonia dan diare dimulai dari tahapan persiapan, pelaksanaan dan monitoring evaluasi dan dukungan teknis terkait koordinasi lintas program dan lintas sektor.
- (5) Kelompok Kerja Surveilans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf e angka 1 mempunyai tugas dan fungsi :
- a. Surveilans Berbasis Masyarakat :
 - 1) mengkoordinasikan peningkatan semangat sukarela dan saling membantu di kalangan masyarakat;
 - 2) mengkoordinasikan rekrutmen dan optimalisasi peran relawan; dan
 - 3) mengkoordinasikan penyelenggaraan forum PRB (Penanggulangan Risiko Bencana) dalam mendukung pelaksanaan surveilans berbasis masyarakat.
 - b. Surveilans Terpadu Berbasis Fasilitas Kesehatan :
 - 1) mengkoordinasikan pelaksanaan surveilans berbasis kejadian, surveilans berbasis indikator, surveilans triangulasi, dan surveilans kematian;
 - 2) mengkoordinasikan peningkatan kapasitas jejaring laboratorium;
 - 3) merekomendasikan penentuan tindakan pengendalian dan penentuan mekanisme darurat; dan
 - 4) mengkoordinasikan peningkatan kapasitas SDM (Sumber Daya Manusia) khususnya pelaksanaan surveilans terpadu.
- (6) Kelompok Kerja Advokasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf e angka 2 mempunyai tugas dan fungsi :
- a. membuat analisa situasi terkini kejadian pneumonia diare di Provinsi Papua;
 - b. membuat kajian kebutuhan dan sumber anggaran untuk merespon kejadian pneumonia diare di Provinsi Papua; dan
 - c. menyiapkan *policy brief* dan bahan advokasi untuk penggalangan dukungan anggaran penanggulangan pneumonia diare dari berbagai pihak.
- (7) Kelompok Kerja Tata Laksana Program sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf e angka 3 mempunyai tugas dan fungsi :
- a. Lintas Sektor : menyelenggarakan berbagai upaya pencegahan dan penanggulangan pneumonia diare lintas program dan lintas sektor sesuai tupoksi masing-masing sektor;
 - b. DPMK: penggerakkan masyarakat untuk pencegahan dan penanggulangan pneumonia diare;
 - c. Diskomdigi dan Dinas Pendidikan, Kanwil Kementerian Agama: Komunikasi, Edukasi dan informasi kepada masyarakat untuk pencegahan dan penanggulangan pneumonia dan diare;

- d. Dinas Sosial, DP3AK dan DPMK: membantu dan mendampingi masyarakat terdampak penumonia dan diare;
 - e. Organisasi profesi: memastikan anggota memiliki kompetensi sesuai dengan profesi untuk menanggulangi pneumonia diare sesuai standar;
 - f. Dishub: memastikan konektifitas dan kelancaran arus distribusi logistik dan rujukan kasus pneumonia diare;
 - g. BPJS: memastikan anggaran untuk setiap kasus pneumonia diare yang ditangani di fasilitas kesehatan di tingkat pertama dan lanjutan;
 - h. DP3A : Evaluasi implementasi RAD, Penyusunan Perda Perlindungan Anak, Penguatan kapasitas PUSPAGA (Pusat Pelayanan Keluarga), Pemberian Makanan Tambahan;
 - i. BKKBN : Melakukan KIE keluarga sehat tentang pneumonia dan diare; dan
 - j. FKUB: Melakukan edukasi keluarga secara kontinyu dan berkala di tempat ibadah masing-masing.
- (8) Kelompok Kerja Kemitraan/Perencanaan, dengan anggota terdiri dari SKPD terkait dan organisasi lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf e angka 4 mempunyai tugas dan fungsi :
- a. Bapperida : mengkoordinasikan perencanaan, penganggaran, pengembangan riset dan kemitraan lintas sektor untuk memastikan sinkronisasi upaya penganggulangan pneumonia dan diare;
 - b. BPKAD: memastikan ketersediaan anggaran dan aset untuk penanggulangan pneumonia dan diare;
 - c. LABKESMAS : Melaksanakan kajian kebijakan penanggulangan pneumonia diare tingkat provinsi dan pemeriksaan spesimen kasus;
 - d. Universitas dan Perguruan Tinggi : melaksanakan penelitian dan monitoring evaluasi upaya penanggulangan pneumonia diare. (Mengecek dukungan yang diberikan tanggal 11 Februari 2025);
 - e. pimpinan BUMN, BUMD, Perusahaan Swasta : memberikan dukungan anggaran kepada penyelenggaraan upaya penanggulangan pneumonia diare di Provinsi Papua; dan
 - f. Mitra Pembangunan : mendukung pelaksanaan penanggulangan pneumonia diare dalam bentuk pendampingan teknis, penguatan kapasitas, melakukan analisis data, memberikan rekomendasi, melaksanakan advokasi kepada pengambil keputusan dan membuat kebijakan.
- (9) Tim Respons Cepat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf f mempunyai tugas dan fungsi :
- a. melaksanakan respon cepat melalui investigasi, deteksi dini, dan tindakan teknis yang dibutuhkan;
 - b. mengoperasionalkan sistem informasi pneumonia dan diare, termasuk pemantauan wilayah setempat (PWS) dan sistem kewaspadaan dini dan respon (SKDR) pneumonia dan diare; dan
 - c. berkoordinasi dengan pokja surveilans dan tatalaksana program.

Bagian Ketiga
Melibatkan Masyarakat
Pasal 8

- (1) Pelaksanaan RADPPD dilakukan dengan melibatkan masyarakat.
- (2) Melibatkan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari :
- a. pemberdayaan masyarakat yang berisiko maupun telah terdampak pneumonia dan diare dalam pencegahan dan penanggulangan pneumonia dan diare; dan
 - b. pemberian dorongan kepada masyarakat untuk berperan aktif dalam pelaporan kasus pneumonia dan diare di lingkungannya, baik secara mandiri maupun melalui kader kesehatan terlatih.

**Bagian Keempat
Penyelegaraan
Pasal 9**

- (1) Gubernur menyediakan dukungan yang dibutuhkan dalam rangka pelaksanaan RADPPD.
- (2) Penyediaan dukungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari :
 - a. menugaskan lintas SKPD dan pemangku kepentingan terkait untuk lebih berperan dan berkolaborasi dalam melaksanakan percepatan penanggulangan pneumonia dan diare;
 - b. menugaskan multisektor terkait dan masyarakat dalam penanggulangan pneumonia dan diare;
 - c. mewajibkan penemuan kasus pneumonia dan diare secara aktif di masyarakat dan secara intensif di fasilitas pelayanan kesehatan;
 - d. memberikan dukungan komplementer selama pengobatan kepada orang dengan pneumonia dan diare, terutama kelompok bayi dan balita untuk mengoptimalkan keberhasilan pengobatan, misalnya dukungan biaya pengobatan, biaya transportasi ke faskes primer/rujukan, biaya hidup keluarga pendamping balita yg sedang dirawat di RS/PKM rawat inap, dan lain-lain;
 - e. sosialisasi dan edukasi tentang pneumonia dan diare kepada masyarakat secara masif dan terus menerus;
 - f. monitoring dan evaluasi kemajuan pelaksanaan RADPPD secara rutin dan konsisten;
 - g. kepemimpinan yang kuat di setiap level pemerintahan; dan
 - h. terdapat satuan tugas di tiap level pemerintahan (desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten) yang memimpin penanggulangan pneumonia dan diare.

Pasal 10

Penyediaan dukungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, dilakukan oleh SKPD yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

**BAB V
MONITORING, EVALUASI SERTA PELAPORAN
Pasal 11**

- (1) SKPD yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan RADPPD.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan pada penilaian capaian target indikator utama dan target indikator operasional pelaksanaan RADPPD.
- (3) Monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan pada penilaian capaian target indikator utama dan target indikator operasional pelaksanaan RADPPD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari :
 - a. monitoring dan evaluasi angka insiden dan angka moralitas pneumonia dan diare;
 - b. monitoring dan evaluasi indikator protek atau perlindungan;
 - c. monitoring dan evaluasi indikator pencegahan; dan
 - d. monitoring dan evaluasi indikator penatalaksanaan pneumonia dan diare.
- (4) Format Tabel Monitoring dan Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a sampai dengan huruf d, tercantum dalam Lampiran III, yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Pasal 12

Kepala SKPD yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan melaporkan hasil pelaksanaan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan RADPPD kepada Gubernur secara berkala setiap semester dan/atau dalam hal terjadi peningkatan kasus atau kejadian luar biasa.

BAB VI PEMBIAYAAN Pasal 13

Biaya RADPPD Provinsi Papua Tahun 2025 - 2030 bersumber dari :

- a. anggaran pendapatan dan belanja daerah;
- b. dana otonomi khusus;
- c. sumber pembiayaan lain yang sah dan tidak mengikat; dan
- d. mitra pembangunan, organisasi kemasyarakatan dan pihak swasta.

BAB VII KETENTUAN PENUTUP Pasal 14

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Papua.

Ditetapkan di Jayapura
pada tanggal 22 Mei 2025

Pj. GUBERNUR PAPUA,
CAP/TTD
RAMSES LIMBONG, S.IP., M.Si
MAYJEN (Purn)

Diundangkan di Jayapura
pada tanggal 23 Mei 2025

Pj. Sekretaris Daerah Provinsi Papua
CAP/TTD
SUZANA D. WANGGAI, S.Pd., MSocSc
BERITA DAERAH PROVINSI PAPUA TAHUN 2025 NOMOR 27

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

Sofia
SOFIA BONSAPIA, SH., M.Hum
NIP. 19700912 199712 2 001

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pneumonia dan Diare (PD) masih merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian utama karena infeksi pada bayi dan anak di dunia. Menurut Laporan World Health Organization (Kementerian Kesehatan RI, 2023; WHO, 2013), pneumonia dan diare bertanggung jawab atas sepertiga (29%) kematian balita atau sekitar 2 juta anak per tahun. Kasus pneumonia sendiri mengakibatkan 740,180 (14%) kematian anak usia di bawah 5 tahun (balita) pada tahun 2019 (Kementerian Kesehatan RI, 2023; WHO, 2021), sedangkan kasus diare menyebabkan kematian 525,000 balita dengan kasus diare sebanyak 1,7 juta kasus per tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2023; WHO, 2017). Artinya pneumonia mengakibatkan 2,200 anak meninggal setiap hari, dan 1,200 anak meninggal akibat diare setiap harinya (Kementerian Kesehatan RI, 2023; IVAC, 2020; UNICEF, 2019a). Diare banyak terjadi di negara berkembang dengan kejadian rata-rata 3 kali per tahun pada anak kurang dari 3 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2023; WHO, 2017). Di Indonesia, sebanyak 15,3% kematian bayi pasca lahir atau post neonatal (29 hari – 11 bulan) disebabkan karena pneumonia dan 6,6% kematian disebabkan karena diare. Pneumonia dan diare juga merupakan penyebab kematian terbesar pada balita (12 – 59 bulan) dengan proporsi masing-masing sebanyak 12,5% dan 5,8% (Dinas Kesehatan Kab. Bandung 2024; Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Di Provinsi Papua, pneumonia dan diare termasuk ke dalam 10 penyakit penyebab kesakitan dan kematian terbesar pada bayi dan balita. Pneumonia dan diare termasuk ke dalam 5 (lima) penyebab kematian bayi (usia <1 tahun). Dinas Kesehatan Provinsi Papua mencatat bahwa terdapat 168 kematian bayi (usia <1 tahun) pada tahun 2023. Adapun penyebab terbanyak kematian bayi, terutama bayi baru lahir tersebut adalah karena BBLR 31 kasus (18.5%), Asfiksia 27 kasus (16.1%), Kelainan kongenital 3 kasus (1.8%).

Sebagai bagian dari upaya penanggulangan kesakitan dan kematian bayi dan balita akibat pneumonia dan diare, WHO dan UNICEF menerbitkan Rencana Aksi Global Terpadu untuk Pencegahan dan Pengendalian Pneumonia dan Diare (*Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhea* atau GAPPD) pada tahun 2013. GAPPD memuat kerangka kerja terpadu untuk menanggulangi pneumonia dan diare yang terdiri atas intervensi kunci yang efektif untuk mencegah dan mengobati pneumonia dan diare pada anak yang disebut sebagai kerangka *Protect-Prevent-Treat* (Perlindungan-Pencegahan-Penatalaksanaan atau 3P).

Pemerintah Provinsi Papua berkomitmen untuk mewujudkan Visi Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan di Provinsi Papua yaitu “Mewujudkan Generasi Emas Papua dan Papua Sehat untuk Bangkit, Mandiri, dan Sejahtera”. Sejalan dengan upaya penanggulangan pneumonia dan diare nasional, serta visi dan misi Pemerintah Provinsi Papua tersebut, maka perlu disusun suatu Rencana Aksi Daerah untuk penanggulangan pneumonia dan diare yang dapat menjabarkan rencana implementasi yang konkret terkait penanggulangan pneumonia dan diare di Provinsi Papua (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024; RIPPP, 2022-2041).

Mengantisipasi kemungkinan tidak ada lagi bantuan dana dari donor luar negeri untuk Pencegahan dan Pengendalian pneumonia dan diare Provinsi Papua, mencermati kesenjangan antara cakupan Pencegahan dan Pengendalian pneumonia dan diare Provinsi Papua dengan beban riil kasus pneumonia dan diare Provinsi Papua, serta memperhatikan Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan pneumonia dan diare, maka hal ini telah menguatkan Pemerintah Daerah Provinsi Papua untuk menyusun Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua Tahun 2025-2030.

B. Tujuan

Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua Tahun 2025-2030 bertujuan untuk:

- a. memberikan acuan dan pedoman bagi Pemerintah Daerah dan pihak terkait lainnya untuk meningkatkan komitmen dan kepemimpinan dalam upaya penanggulangan pneumonia dan diare di Provinsi Papua;
- b. memberikan acuan dalam membuat perencanaan dan penganggaran terkait penanggulangan pneumonia dan diare di Provinsi Papua;
- c. memberikan acuan dalam menyusun kebijakan dan regulasi terkait penanggulangan pneumonia dan diare; dan
- d. memberikan acuan untuk melakukan koordinasi perencanaan, pelaksanaan kegiatan, pemantauan dan evaluasi agar dicapai sinergitas dalam upaya bersama Penanggulangan pneumonia dan diare.

C. Kebijakan Penanggulangan Pneumonia Diare Nasional dan Daerah

1. Kebijakan Nasional untuk Penanggulangan Pneumonia Diare

Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk mencapai target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) ketiga, target 2, yaitu “mengakhiri kematian yang dapat dicegah pada bayi baru lahir dan anak balita, mengurangi kematian neonatus hingga setidaknya 12 per 1.000 kelahiran hidup dan kematian balita hingga setidaknya 25 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030” (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024; Bappenas, 2019). Target tersebut dituangkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024, Kebijakan Transformasi Sistem Kesehatan 2021-2024 yang mencakup enam pilar transformasi. Untuk mencapai target tersebut, Pemerintah Indonesia mengadopsi upaya global penanggulangan pneumonia dan diare pada anak dengan diterbitkannya Rencana Aksi Penanggulangan Pneumonia dan Diare Tahun 2023-2030 (RANPPD) (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Dalam RANPPD tersebut, upaya penanggulangan pneumonia dan diare mencakup **1) Pencegahan, 2) Surveilans, 3) Penanganan kasus, dan 4) Promosi Kesehatan**. **Pertama, Pencegahan** yang meliputi: Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan anak, Pemberian makanan tambahan yang adekuat bagi bayi dan anak, Suplementasi vitamin A, Pemberian vaksinasi yang adekuat (Campak, DPT, Hib, PCV, dan Rotavirus), Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, serta Menyediakan air layak minum dan sanitasi layak. **Kedua, Surveilans** yang meliputi: Surveilans aktif atau *active surveillance* untuk mengatasi *under reporting*, Penemuan kasus secara aktif atau *active case finding*, Sistem dan manajemen data yang handal, serta Penguatan sistem pengawasan dini KLB. **Ketiga, Penanganan Kasus** yang meliputi: Meningkatkan akses pencarian pengobatan pneumonia dan diare ke fasyankes dan sistem rujukan, Meningkatkan kualitas tatalaksana bayi dan anak sakit serta penanganan kasus pneumonia dan diare sesuai standar baik di fasilitas kesehatan dan komunitas, Peningkatan kapasitas petugas terkait tata laksana kasus dan manajemen program, Sosialisasi dan advokasi pentingnya deteksi dini kasus pneumonia serta pentingnya

Zinc bagi balita diare, serta Kunjungan rumah untuk memantau kepatuhan minum Zinc terutama di kabupaten/kota lokus *stunting*. **Keempat, Promosi Kesehatan** yang meliputi: Meningkatkan perilaku keluarga, pengasuh, sekolah dan masyarakat dalam pencegahan, pengendalian penyakit dan faktor risiko; Menguatkan komunikasi, informasi, dan edukasi yang inovatif, sensitif budaya dan memanfaatkan kemajuan teknologi informasi maupun momentum khusus; serta Melibatkan masyarakat, organisasi kemasyarakatan, penggiat media sosial dalam berbagai upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengendalian pneumonia dan diare.

2. Kebijakan Daerah Provinsi Papua untuk Penanggulangan Pneumonia dan Diare

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari pembangunan Provinsi Papua, diselenggarakan dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Arah kebijakan dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua Tahun 2025-2030, disusun berdasarkan pada sinergitas dan komprehensivitas seluruh pemangku kepentingan dan pihak terkait lainnya, baik dari aspek kesehatan, aspek sosial maupun aspek ekonomi meliputi upaya: promotif, preventif, kuratif sampai dengan rehabilitatif. Arah kebijakan dalam penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua perlu dirumuskan guna mendapatkan strategi yang terfokus serta dapat ditentukan indikator kinerjanya.

Seiring dengan Strategi Nasional dan tonggak pencapaian penanggulangan pneumonia dan diare, arah kebijakan penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua bergerak dari layanan kuratif dan rehabilitatif dengan meningkatkan upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Disamping itu, program fokus pada isu-isu aksesibilitas dan kualitas layanan kasus pneumonia dan diare, dengan tujuan untuk :

1. Menurunkan insidensi kasus pneumonia dan diare;
2. Menurunkan angka kematian kasus pneumonia dan diare;
3. Meningkatkan keberhasilan pengobatan kasus pneumonia dan diare.

Untuk mencapai tujuan tersebut diatas, maka strategi yang digunakan Pemerintah Provinsi Papua dalam Pencegahan dan Penanggulangan pneumonia dan diare adalah dengan mengacu kepada strategi yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, dengan tetap memperhatikan konteks lokal agar mampu laksana. Strategi dimaksud adalah sebagai berikut :

1. Penguatan Kepemimpinan Program Penanggulangan pneumonia dan diare;
2. Peningkatan Akses Layanan pneumonia dan diare yang Bermutu dan Berpihak melalui layanan terpadu standar bagi balita sakit (Manajemen Terpadu Balita Sakit atau MTBS);
3. Pengendalian Faktor Risiko;
4. Peningkatan Kemitraan pneumonia dan diare melalui Forum Koordinasi pneumonia dan diare;
5. Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan pneumonia dan diare; dan
6. Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan.

BAB II

GAMBARAN UMUM DAN ANALISA SITUASI

A. Keadaan Geografis

Secara astronomis, Wilayah Provinsi Papua berada pada posisi geografis di antara $1^{\circ} 8' 20.8752''$ LU - $4^{\circ} 6' 58.626''$ LS dan $134^{\circ} 5' 58.8444''$ - $141^{\circ} 0' 37.5912''$ Bujur Timur. Batasan wilayah dengan luas kurang lebih 91.230,25 Km² meliputi :

- a. wilayah darat; dan
- b. wilayah laut.

Wilayah darat seluas kurang lebih 91.230,25 Km² (Sembilan puluh satu ribu dua ratus tiga puluh koma dua puluh lima kilometer persegi), yang meliputi 8 kabupaten dan 1 kota, yaitu:

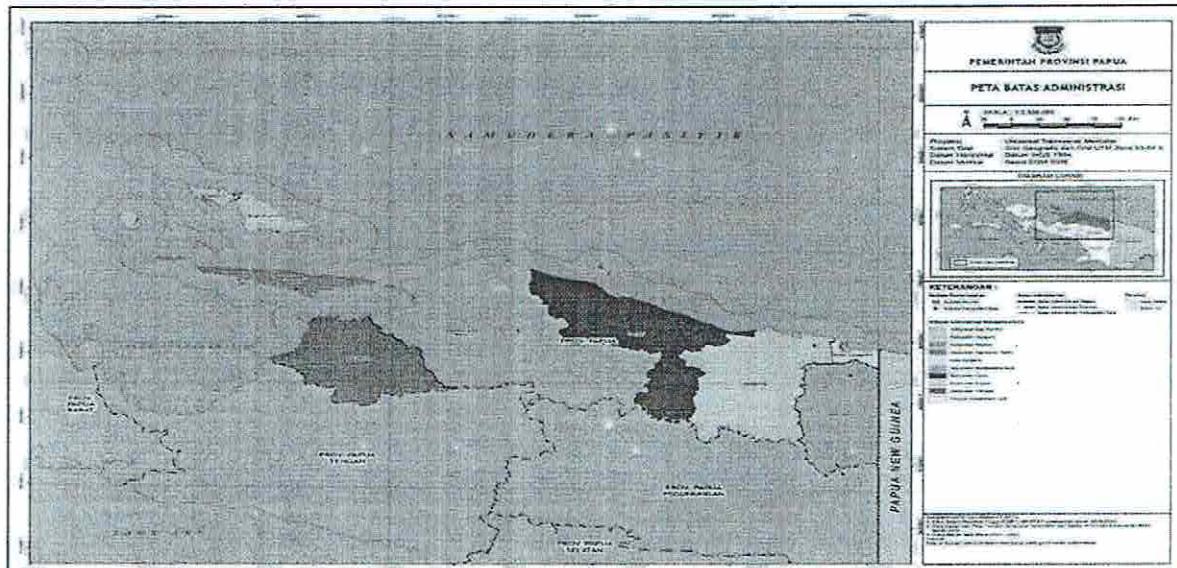
1. Kabupaten Jayapura;
2. Kabupaten Kepulauan Yapen;
3. Kabupaten Biak Numfor;
4. Kabupaten Sarmi;
5. Kabupaten Keerom;
6. Kabupaten Waropen;
7. Kabupaten Supiori;
8. Kabupaten Mamberamo Raya; dan
9. Kota Jayapura.

Wilayah Provinsi Papua tidak hanya mencakup wilayah daratan namun juga memiliki wilayah laut dan pulau-pulau kecil yang ada dalam batas wilayahnya. Dari 9 (sembilan) kabupaten/kota tersebut terdapat 8 (delapan) kabupaten/kota yang memiliki wilayah pesisir dan pulau-pulau kecil.

Batas wilayah Provinsi Papua meliputi:

- a. Sebelah Utara : Samudra Pasifik;
- b. Sebelah Selatan : Provinsi Papua Pegunungan dan Provinsi Papua Tengah;
- c. Sebelah Barat : Provinsi Papua Tengah; dan
- d. Sebelah Timur : Provinsi Sandaun, Papua New Guinea.

Luas wilayah Provinsi Papua kurang lebih 91.230,25 Km² (sembilan puluh satu ribu dua ratus tiga puluh koma dua puluh lima kilometer persegi). Luas wilayah darat terbesar yang terdapat di Provinsi Papua ialah Kabupaten Mamberamo Raya dengan luas wilayah 23.814 Km² atau sebesar 26,10% dari luas wilayah Provinsi Papua. Sedangkan wilayah darat terkecil yaitu Kabupaten Supiori seluas 969,26 Km² atau 1,06% dari luas wilayah Provinsi Papua. Luasan kabupaten/kota serta pembagian wilayah administrasi di Provinsi Papua dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini.



Sumber : Revisi RTRWP Papua Tahun 2022

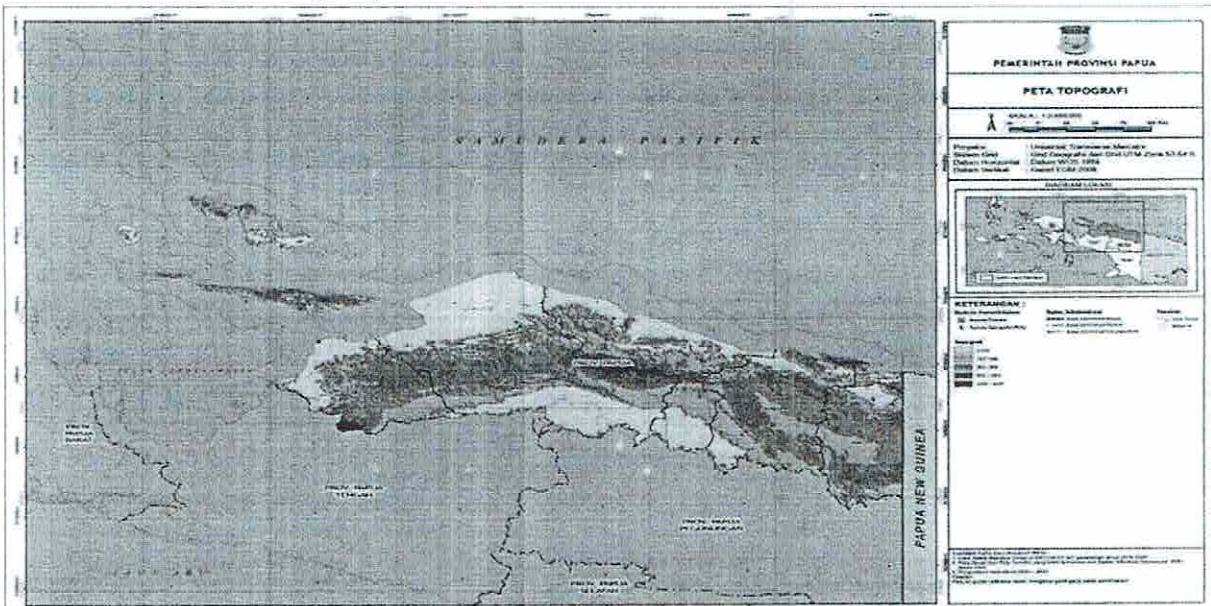
NO	KABUPATEN/KOTA	IBU KOTA	DISTRIK	KELURAHAN	KAMPUNG
1.	Jayapura	Sentani	19	5	139
2.	Kepulauan Yapen	Serui	16	5	160
3.	Biak Numfor	Biak	19	14	254
4.	Sarmi	Sarmi	22	3	105
5.	Keerom	Waris	11	0	91
6.	Waropen	Botawa	11	1	100
7.	Supiori	Sorendiweri	5	0	38
8.	Mamberamo Raya	Burmeso	9	0	59
9.	Kota Jayapura	Jayapura	5	25	14
JUMLAH TOTAL PROVINSI			117	53	960

Sumber : Permendagri Nomor 72 Tahun 2019 tentang Kode dan Data Wilayah Administrasi Pemerintahan

B. Topografi

Kondisi topografi dipengaruhi oleh faktor morfologi, ketinggian, dan kelerengan. Sebagian besar morfologi wilayah Provinsi Papua berupa dataran (39,20%) dan pegunungan (60,79%). Dataran terdapat di bagian pesisir selatan yang merupakan bagian yang paling luas, dan pesisir utara. Pegunungan terdapat di bagian tengah wilayah Provinsi Papua. Bagian morfologi dataran dengan ketinggian lebih dari 100 m menjadi bagian terluas di wilayah Provinsi Papua, yaitu 5.027.142,57 Ha (53,3%), serta ketinggian lebih dari 1000 m dari permukaan laut menjadi bagian ter sempit, yaitu 3.241.694,74 Ha (39,20%) (Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2023).

Sedangkan kelereng yang mendominasi wilayah Provinsi Papua adalah lereng landai (0-8%) menempati 45,9% dan lereng sangat terjal (>40%) menempati 43,3%. Wilayah di Provinsi Papua memiliki ketinggian dengan elevasi 0-100 mdpl, 100-3000 mdpl dan >3000 mdpl. Ketinggian wilayah yang memiliki elevasi 0-100 mdpl seluas 3.241.694,74 Ha, elevasi 100-3000 mdpl adalah seluas 5.025.909 Ha dan elevasi >3000 mdpl adalah seluas 1.233,57 Ha. Ketinggian wilayah 0-100 mdpl terluas berada di Kabupaten Mamberamo Raya seluas 1.360.180,62 Ha, ketinggian wilayah 100-3000 mdpl terluas berada di Kabupaten Mamberamo Raya seluas 1.444.166,45 Ha dan ketinggian wilayah >3000 mdpl terluas berada di Kabupaten Keerom (Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2023).



Sumber : Revisi RTRWP Papua Tahun 2022

C. Keadaan Lingkungan

Sesuai posisi geografisnya, wilayah Provinsi Papua terdiri dari wilayah pesisir, wilayah kepulauan dan wilayah dataran rendah. Untuk daerah pesisir, Provinsi Papua berbatasan langsung dengan Samudera Pasifik sehingga Papua memiliki potensi yang cukup besar di bidang perikanan laut tangkap. Dengan kewenangan sejauh 12 mil dari garis pantai ke arah laut, Provinsi Papua memiliki luas wilayah laut sebesar 4.889.447,97 ha yang terdapat pada 8 Kab/Kota, yaitu Kab. Jayapura, Kab. Kepulauan Yapen, Kab. Biak Numfor, Kab. Sarmi, Kab. Waropen, Kab. Supiori, Kab. Mamberamo Raya dan Kota Jayapura.

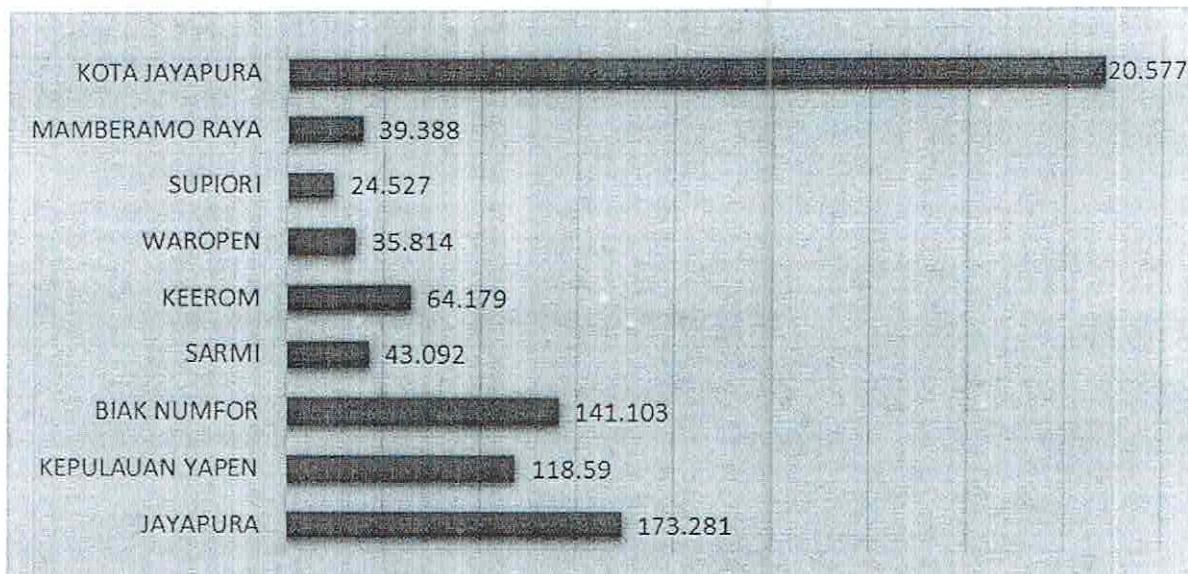
Sebagai wilayah pesisir utara Pulau Papua, Provinsi Papua memiliki pulau sebanyak 515 pulau yang tersebar di 8 Kab/Kota, dengan jumlah terbanyak berada di Kab. Supiori dengan jumlah 171 pulau, Kab. Kepulauan Yapen dengan jumlah 148 pulau dan Kab. Biak Numfor dengan jumlah 124 pulau. Pada wilayah perbatasan terdapat 4 pulau di Provinsi Papua yang merupakan pulau terluar, yaitu Pulau Fanildo, Pulau Brass dan Pulau Befondi di Kab. Supiori serta Pulau Liki di Kab. Sarmi.

Dalam Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024, terdapat 4 kabupaten di Provinsi Papua yang termasuk dalam daftar Daerah Tertinggal, yaitu Kab. Keerom dan Kab. Mamberamo Raya di wilayah adat Mamta serta Kab. Waropen dan Kab. Supiori di wilayah adat Saireri. Kriteria daerah tertinggal sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 78 Tahun 2014 tentang Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal adalah Perekonomian Masyarakat, Sumber Daya Manusia, Sarana dan Prasarana, Kemampuan Keuangan Daerah, Aksesibilitas dan Karakteristik Daerah/Daerah Tertentu.

D. Gambaran Penduduk dan Sosial Ekonomi

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Provinsi Papua Tahun 2024, jumlah penduduk wilayah Provinsi Papua sebanyak 1.060.551 jiwa. Jumlah penduduk terbanyak berada di Kota Jayapura sebesar 420.577 jiwa dan terendah yaitu di Kabupaten Supiori sebesar 24.527 jiwa (BPS Prov. Papua, 2024).

Grafik 1. Jumlah Penduduk Per Kabupaten Di Provinsi Papua



Sumber : Data Statistik Provinsi Papua 2024

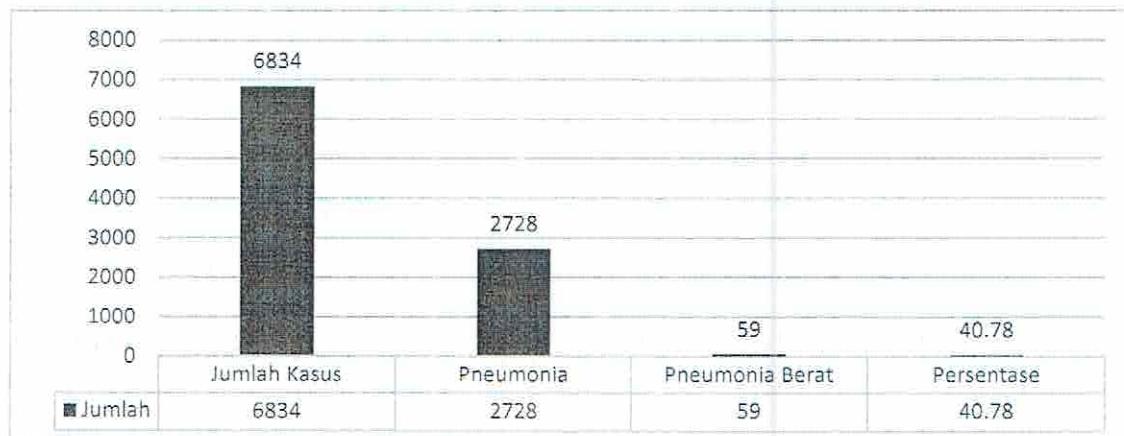
E. Epidemiologi Pneumonia di Provinsi Papua

Pneumonia adalah infeksi saluran pernapasan akut yang menyebabkan peradangan atau cairan di paru-paru yang menyebabkan sulit bernapas dan membatasi asupan oksigen. Pada anak-anak, bakteri penyebab pneumonia paling umum adalah pneumokokus dan *Haemophilus influenzae* tipe b (Hib); virus yang paling umum adalah *respiratory syncytial virus* (RSV). Gejala pneumonia ialah panas tinggi disertai batuk, kesulitan bernafas, pernapasan cepat (frekuensi nafas anak usia < 2 bulan adalah > 60x/ menit atau lebih; 2 bulan sampai < 1 tahun adalah 50x/ menit/ lebih; 1-5 tahun adalah 40x/ menit atau lebih), tarikan dinding dada ke dalam (chest indrawing) dan atau mengi. Jika bayi sakit parah, mereka juga tidak dapat makan atau minum dan mungkin mengalami ketidak sadaran, kejang-kejang, dan bahkan kematian. (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Penyakit pneumonia termasuk ke dalam jajaran 10 penyakit penyebab kematian dan kesakitan pada bayi dan balita di Provinsi Papua. Dinas Kesehatan Provinsi Papua melaporkan cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita (anak usia <5 tahun) tahun 2023 yaitu 40,78% atau 2787 balita (Dinas Kesehatan Provinsi Papua, 2023).

Meskipun demikian, penemuan kasus pneumonia pada balita di Provinsi Papua belum mencapai target yang ditetapkan sesuai target di renstra nasional, yaitu 65% (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Grafik 2 di bawah ini menunjukkan cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita di Provinsi Papua pada tahun 2023.

Grafik 2. Penemuan Kasus Pneumonia Pada Balita Di Provinsi Papua Tahun 2023



Berdasarkan grafik 2, sepanjang tahun 2023, dari 6834 balita yang sakit ditemukan 2787 (40,78%) sebagai penderita pneumonia, yang mana 59 diantaranya adalah kasus pneumonia berat (2,11%). Kemungkinan jumlah kasus pneumonia pada balita bisa lebih tinggi daripada yang terlaporkan. Sayangnya gejala awal pneumonia pada balita sering disalah artikan sebagai batuk pilek biasa, baik oleh keluarga maupun oleh tenaga kesehatan, sehingga tidak mendapatkan penanganan yang memadai dan beresiko jatuh ke dalam situasi berat dan berakibat fatal. Mengutip dari Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), pneumonia pada balita dapat disebabkan oleh berbagai macam kuman seperti bakteri, virus, atau jamur. Virus yang sering menyebabkan pneumonia adalah rhinovirus, virus influenza, dan *respiratory syncytial virus* (RSV), virus campak (morbili) juga bisa menyebabkan komplikasi pneumonia. Sedangkan bakteri yang paling banyak ditemukan pada kasus pneumonia adalah pneumokokus (*streptococcus pneumoniae*), stafilocokus (*staphylococcus aureus*), dan Hib (*Haemophylus influenzae* tipe B).

Kejadian pneumonia pada balita laki-laki lebih tinggi daripada balita perempuan di Provinsi Papua tahun 2023. Penelitian Sangadji (2022) dan Raj (2022) menyatakan ada hubungan jenis kelamin dengan kejadian penyakit pneumonia. Saluran pernapasan anak laki-laki lebih kecil dibandingkan dengan anak perempuan sehingga dapat meningkatkan risiko penyakit Pneumonia (Sangadji et al., 2022; Raj et al., 2022).

Faktor risiko kejadian pneumonia pada balita yaitu tidak mendapatkan ASI Eksklusif, polusi udara dalam ruangan, berat lahir rendah, status gizi dan status imunisasi dasar yang tidak lengkap. Penelitian Sa'diyah (2022) Faktor risiko dari kondisi fisik rumah yaitu pencahayaan, ventilasi, kelembapan dan kepadatan penghuni rumah. Penelitian Hasanah (2021) menyatakan bahwa faktor risiko pneumonia yaitu Status pekerjaan ibu, sosial ekonomi, penggunaan obat nyamuk bakar, kebiasaan merokok anggota keluarga, kebiasaan membuka jendela, kebiasaan membersihkan rumah dan kebiasaan mencuci tangan ibu (Hasanah dan Santik 2022; Sa'diyah et al., 2022 dan Talarima et al., 2022)

F. Epidemiologi Diare

Diare merupakan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan menjadi penyumbang angka kesakitan dan kematian di Indonesia terutama pada bayi dan balita. Menurut WHO dan UNICEF, terjadi sekitar 2 miliar kasus diare dan 1,9 juta anak balita meninggal karena diare di seluruh dunia setiap tahun. Dari semua kematian tersebut, 78% terjadi di negara berkembang, terutama di wilayah Afrika dan Asia Tenggara.

Pada tahun 2022, di Indonesia, pneumonia dan diare merupakan penyebab kematian terbesar pada post neonatal (29 hari – 11 bulan) dengan proporsi pneumonia 15,3% dan diare 6,6%. Pneumonia dan diare juga merupakan penyebab kematian terbesar pada balita (12 – 59 bulan) dengan proporsi masing-masing sebanyak 12,5% dan 5,8% (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Di Provinsi Papua, pneumonia dan diare merupakan bagian dari lima penyebab kematian tertinggi pada bayi (29 hari – 11 bulan) pada tahun 2023. Sebanyak 24,13% kematian bayi disebabkan pneumonia dan 20,68% kematian tersebut disebabkan diare (Dinas Kesehatan Provinsi Papua; 2023). Diare sangat erat kaitannya dengan terjadinya kasus stunting. Kejadian diare berulang pada bayi dan balita dapat menyebabkan stunting.

Jumlah kasus diare pada balita (<5 tahun) yang terlaporkan di Provinsi Papua tahun 2023 sebanyak 6182 (57%) dari target penemuan kasus sebesar 10751 balita. Kasus terbanyak ditemukan pada Kota Jayapura dan kabupaten Jayapura. Dari 6182 kasus yang ditemukan, hanya 4845 (45%) balita yang mendapatkan oralit dan 5063 (47%) yang mendapatkan zinc. Cakupan ini masih belum mencapai target 100% sesuai standar tatalaksana diare.

Diare pada bayi merupakan salah satu faktor penyebab stunting dan memicu masalah tumbuh kembang. Apabila tidak ditangani dengan tepat, anak dapat mengalami dehidrasi dan malabsorbsi zat gizi. Studi pada balita usia 24-36 bulan menunjukkan bahwa durasi diare meningkatkan risiko kejadian stunting secara signifikan (Choiroh et al., 2020). Adanya kontribusi kondisi sumber air minum, kondisi jamban, dan jenis lantai rumah dengan kejadian diare yang menyebabkan risiko Anak Stunting pada balita (Lestari, 2021). Anak-anak yang sering mengalami diare dapat mengalami gangguan pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif (Saputra et al., 2024).

Faktor sosioekonomi telah diketahui berkontribusi terhadap kejadian diare pada balita. Prevalensi diare lebih tinggi pada anak yang keluarganya buang air besar sembarangan dibandingkan dengan anak dari keluarga yang menggunakan jamban pribadi dilengkapi dengan tangki septik (UNICEF, 2018). Air yang tercemar menimbulkan dampak pada kesehatan yang dan pendidikan pada anak dalam jangka panjang (Rachmad, 2020).

G. Intervensi Penanggulangan Pneumonia dan Diare

Pneumonia dan diare disebabkan patogen yang beragam dan memiliki faktor risiko yang hampir sama. Oleh karena itu, strategi pengendalian dari kedua penyakit ini perlu dilakukan secara bersama-sama. Berdasarkan kerangka GAPPD, intervensi untuk penanggulangan pneumonia dan diare termasuk faktor risikonya pada bayi dan anak. Komponen intervensi tersebut dapat dilaksanakan pada tingkat komunitas, FKTP maupun FKTL. Implementasi intervensi-intervensi ini bervariasi dalam pelaksanaannya, capaian program, kendala serta penunjang kegiatan program di masyarakat. Namun demikian, tidak semua intervensi, seperti ASI Eksklusif, Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), dan Vaksinasi DPT, Hib, PCV, dapat diterapkan pada semua kelompok usia anak 5-9 tahun.

1. Komponen Perlindungan

Intervensi penanggulangan pneumonia dan diare dalam komponen **Perlindungan** mencakup: (1) Pemberian ASI eksklusif, (2) Suplementasi Vitamin A, dan (3) Pemberian makanan tambahan yang adekuat. Di tingkat masyarakat/komunitas, intervensi ini dilakukan di posyandu yang berfokus pada bayi dan balita (0 - 59 bulan) serta di sekolah khususnya pada anak usia sekolah (usia 5-9 tahun).

1) Pemberian ASI Eksklusif

Pemberian ASI eksklusif pada bayi selama 6 bulan dan Pemberian makanan tambahan MP-ASI yang adekuat, serta Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan bagian dari *Global Strategy on Infant and Young Child Feeding (WHO/UNICEF 2002)*. Pemberian ASI sangat penting untuk percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi, perbaikan gizi termasuk stunting, pengendalian penyakit menular dan tidak menular. Pemberian ASI eksklusif kepada bayi usia 0-6 bulan di Indonesia telah menjadi kebijakan nasional sejak kurang lebih 20 tahun yang lalu.

Profil Kesehatan Provinsi Papua menjelaskan bahwa cakupan ASI Eksklusif mencapai 20.24% pada tahun 2023. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menetapkan target capaian pemberian ASI eksklusif mencapai 80%, artinya cakupan Provinsi Papua masih jauh dari target yang diberikan. Salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya hal ini karena kurangnya pengetahuan akan pentingnya pemberian ASI eksklusif pada kesehatan bayi dan perilaku masyarakat. Dukungan keluarga terutama ibu kandung atau ibu mertua sangat mempengaruhi keputusan ibu yang menyusui untuk memberikan ASI Eksklusif. Ada juga situasi dimana kondisi psikologis ibu setelah melahirkan, bisa juga mempengaruhi ketersediaan atau produksi ASI. Selain itu, pada beberapa ibu yang memiliki pekerjaan, sudah ada program edukasi penyimpanan ASI, tetapi ibu tetap memilih untuk memakai susu formula dengan alasan tidak terbiasa atau tidak ingin repot, bahkan ada yang akhirnya diasuh oleh neneknya.

Upaya edukasi masyarakat kerap dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dan kader dengan memberikan pelatihan pemberian makanan bayi dan anak, pemberian ASI eksklusif, memberikan edukasi pada calon pengantin (catin), serta menambahkan edukasi ASI eksklusif pada kelas ibu hamil. Dari sisi pemerintahan, beberapa desa sudah melaksanakan orientasi bagi kader untuk pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) termasuk ASI eksklusif. Provinsi juga telah menjalankan program konseling menyusui di beberapa kabupaten. Juga pendampingan ibu hamil dan pemberian informasi kesehatan ibu, sedangkan bagi keluarga dengan bayi atau anak stunting akan diterapkan optimalisasi *life cycle* (siklus hidup).

2) Suplementasi Vitamin A

Suplementasi Vitamin A diberikan kepada balita usia 6 - 59 bulan serta anak usia sekolah dasar setiap bulan Februari dan Agustus seperti yang ditetapkan dalam Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A. Kapsul vitamin A bagi bayi usia 6-11 bulan berwarna biru dan mengandung retinol (palmitat/asetat) 100.000 IU, sedangkan kapsul vitamin A untuk anak balita usia 12-59 bulan dan ibu nifas berwarna merah dan mengandung retinol (palmitat/asetat) 200.000 IU.

Pemberian vitamin A dosis tinggi bertujuan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi, termasuk pneumonia dan diare. Selain untuk anak sehat usia 6 bulan - 5 tahun, suplementasi vitamin A dosis tinggi juga diberikan pada balita dengan sakit campak, pneumonia, diare, kecacingan dan gizi buruk. Pemberian vitamin A rutin dapat dilakukan di posyandu dan puskesmas.

Profil Kesehatan Provinsi Papua tahun 2023 menunjukkan bahwa cakupan pemberian vitamin A pada ibu nifas mencapai 86,51%. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A pada bayi (6 - 11 bulan) sebesar 91,39%. Cakupan pemberian vitamin A pada balita (12 - 59 bulan) di tahun 2023 sebesar 77,83%, (Dinas Kesehatan Provinsi Papua, 2023). Data ini didapatkan dari 5 kabupaten yang melapor (Kabupaten Jayapura, Kepulauan Yapen, Biak Numfor, Keerom dan Supiori).

3) Pemberian Makanan Tambahan yang Adekuat

Gizi buruk merupakan salah satu faktor risiko terjadinya pneumonia dan diare pada anak. Anak dengan gizi buruk jika mengalami pneumonia dan diare, maka akan berisiko tinggi terjadi kematian. Oleh karena itu pemberian makanan yang adekuat pada balita dan anak usia sekolah dasar merupakan salah satu faktor yang penting dalam penanggulangan pneumonia dan diare dan untuk mencukupi kebutuhan gizi dari konsumsi makan harian.

Pemberian makanan tambahan utamanya ditujukan untuk kelompok rawan meliputi balita usia 6-59 bulan dengan kategori kurus, anak usia sekolah dasar dengan kategori kurus (dalam hal ini termasuk usia 5-9 tahun), serta ibu hamil kurang energi kronis. Pada balita usia 6-24 bulan, pemberian makanan tambahan ini juga disertai dengan pemberian ASI atau yang dikenal dengan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) seperti yang tertuang dalam Standar Emas Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

2. Komponen Pencegahan

Intervensi pneumonia dan diare dalam komponen **Pencegahan** mencakup (1) Pemberian vaksin pertusis/DTP, Campak, Hib, PCV, dan Rotavirus, (2) Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun, (3) Penyediaan Air Layak Minum dan Sanitasi layak, (4) Mengurangi polusi di rumah tangga, (5) Mencegah infeksi HIV, dan (6) Profilaksis cotrimoxazole untuk anak terinfeksi HIV. Pada kelompok anak usia sekolah dasar, khususnya anak usia 5-9 tahun, dilakukan pemberian imunisasi rutin lanjutan dalam bentuk kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) serta pemberian obat cacing.

Pemberian vaksin pertusis/DPT, Hib dan Campak, dimaksudkan untuk melindungi anak dari Haemophilus Influenzae type B (HiB), Bordetella Pertussis dan virus Campak yang merupakan beberapa mikroorganisme yang sering menyebabkan pneumonia dan diare berat pada anak. Untuk mendapatkan manfaat yang maksimal, vaksin untuk Pertusis dan HiB diberikan tiga kali pada usia di bawah 6 bulan sebagai bagian dari imunisasi dasar, dan diulang pada usia 18 bulan sebagai bagian dari imunisasi rutin lanjutan. Vaksin Campak, atau sekarang diberikan sebagai vaksin MR (Measles dan Rubella) diberikan pada usia 9 bulan dan diulang pada usia 18 bulan. Di Indonesia, pemberian vaksin pertusis/DPT, Campak, dan HiB adalah bagian dari program Imunisasi Dasar Lengkap (IDL).

1) Pemberian vaksin Pneumococcal Conjugate vaccine (PCV) dan Rotavirus.

Streptococcus pneumoniae merupakan penyebab tersering pneumonia berat pada anak di seluruh dunia, dan merupakan penyebab tersering kematian akibat pneumonia (Walker et al., 2013). Imunisasi Pneumokokus Konyugasi (PCV) mulai diperkenalkan di Indonesia pada tahun 2017. Pada tahun 2021, imunisasi PCV diperluas ke 6 (enam) kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat dan delapan kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur; dan pada tahun 2022 imunisasi PCV masuk ke program imunisasi nasional yang diberlakukan di seluruh wilayah di Indonesia. Mengingat urgensinya imunisasi PCV untuk mencegah kesakitan balita karena pneumonia, maka imunisasi PCV, yang semula adalah imunisasi pilihan, kemudian ditetapkan oleh Pemerintah Indonesia sebagai Imunisasi Rutin bagi anak usia 0-59 bulan. Pemberlakuan imunisasi PCV sebagai imunisasi rutin di seluruh Indonesia sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.01.07/MENKES/779/2022 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.01.07/MENKES/6780/2021 tentang Pemberian Imunisasi Pneumokokus Konyugasi. Berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI tersebut, maka implementasi imunisasi PCV dilaksanakan bertahap di seluruh provinsi sejak bulan Juli 2022. Imunisasi PCV diberikan sebanyak 3 dosis yaitu pada saat usia bayi 2 bulan, 3 bulan, dan pada saat anak berusia 12 bulan (sebagai dosis lanjutan). Pengadaan vaksin PCV dikelola oleh Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.

Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Papua menunjukkan bahwa pelaksanaan imunisasi PCV telah berjalan sejak tahun 2023 bagi anak usia 0 – 11 bulan. Capaian cakupan pemberian imunisasi PCV semakin membaik di tahun 2023 dan 2024. Imunisasi PCV 1 dan PCV 2 meningkat di tahun 2024 Cakupan PCV 1 meningkat dari 61,9 % (2023) ke 78,9 (2024), PCV 2 meningkat dari 38,4 % (2023) ke 63,9 % (2024) sedangkan PCV3 meningkat signifikan dari 14,7 % (2023) ke 41,6 % (2024). (Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2022-2024).

Meningkatnya cakupan pemberian imunisasi PCV dipengaruhi oleh pengetahuan orang tua akan pentingnya manfaat pemberian imunisasi PCV (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024; Saputri, 2020). Edukasi dari tenaga kesehatan sebagai sumber terpercaya memiliki pengaruh positif mengenai vaksin PCV karena dianggap memiliki pengetahuan yang lebih tinggi (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024). Pencapaian ini belum mencapai target nasional yaitu 100%.

Berdasarkan hasil diskusi dengan pemangku kepentingan di Provinsi Papua, tidak ada kendala dari segi pendistribusian vaksin PCV di Provinsi Papua. Jadwal pelayanan vaksinasi juga terlaksana dengan baik. Meskipun demikian, beberapa warga masih belum bisa memenuhi jadwal layanan vaksinasi yang bersamaan dengan jadwal orangtua bekerja (berkebun, dsb), lalu ada yang menolak dengan alasan agama, dan ada kelompok masyarakat yang keberatan menerima suntikan ganda atau memilih menerima vaksinasi di rumah sakit oleh dokter spesialis anak dibandingkan di Puskesmas. Di satu sisi, data cakupan vaksin PCV hanya didapat dari lingkup Puskesmas saja, belum terakumulasi dengan hasil pelayanan imunisasi di rumah sakit, klinik, atau fasilitas kesehatan lainnya. Hal ini mempengaruhi hasil pencatatan dan pelaporan imunisasi pada balita karena hanya tercatat dari satu tipe fasilitas kesehatan saja.

Rotavirus merupakan penyebab diare tersering pada anak usia balita di seluruh dunia baik di negara berkembang maupun negara maju dan paling sering menyebabkan komplikasi dehidrasi yang dapat berujung pada kematian bila tidak ditangani segera. WHO merekomendasikan pemberian vaksin Rotavirus di seluruh dunia terutama pada negara-negara dengan angka kematian lebih dari 10% pada anak usia balita (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024; World Health Organization, 2011). Vaksin Rotavirus memberikan efek proteksi yang signifikan terhadap kejadian diare karena infeksi rotavirus, bahkan jika dibandingkan dengan ASI eksklusif (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024; Vinandyanata, et al, 2021). Hal ini memperkuat betapa pentingnya pemberian vaksin rotavirus pada anak dalam mencegah penyakit diare (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024).

Pada tahun 2022, Indonesia telah sepakat untuk memasukkan imunisasi Rotavirus ke dalam Imunisasi Rutin yang akan diterapkan secara nasional. Hal ini dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1139/2022 tentang Pemberian Imunisasi Rotavirus (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024). Pelaksanaan imunisasi rotavirus di Provinsi Papua terealisasi sejak tahun 2023, namun cakupan pemberian imunisasi Rotavirus masih sangat rendah (Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2023-2024). Tahun 2023, Cakupan imunisasi rotavirus 1 baru 27,0%, rotavirus 2 baru 13,9% dan rotavirus 3 hanya 8,1%. Tahun 2024 cakupan imunisasi rotavirus 1 meningkat menjadi 67,1%, rotavirus 2 menjadi 51,3% dan rotavirus 3 menjadi 39,2%. Hal ini mungkin disebabkan oleh picanangan vaksinasi rotavirus sebagai Imunisasi Dasar nasional yang masih baru dilaksanakan pada tahun 2022 dan belum tersosialisasikan dengan baik kepada masyarakat umum (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024; Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2023-2024).

Pemberian imunisasi rutin lanjutan kepada anak usia sekolah dasar, khususnya anak usia 5-9 tahun, dilaksanakan dalam bentuk program BIAS serta pemberian obat cacing. Di Provinsi Papua, hal ini sudah diterapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Papua.

Praktek cuci tangan pakai sabun (CTPS) merupakan upaya pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mencegah kejadian berbagai penyakit infeksi antara lain diare, ISPA dan pneumonia. Intervensi CTPS adalah salah satu dari lima pilar Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Intervensi CTPS kini semakin gencar digalakkan seiring terjadinya pandemi COVID-19. Pemerintah Indonesia telah menjadikan CTPS sebagai salah satu prioritas pembangunan utama yang sejalan dengan pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB), di mana salah satu indikator menyatakan, perlunya dicapai akses secara universal ke fasilitas CTPS dengan air dan sabun (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024).

Sanitasi Terpadu Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan pendekatan dan paradigma pembangunan sanitasi di Indonesia yang mengedepankan pemberdayaan masyarakat dan perubahan perilaku. Pendekatan ini dilakukan untuk mendorong kesadaran masyarakat untuk mengubah perilaku buang air besar sembarangan (BABS) menjadi buang air besar di jamban yang saniter dan layak. Perilaku BAB Sembarangan (BABS) merupakan faktor risiko terjadinya berbagai penyakit menular seperti diare, disentri, Hepatitis A dan E, Tifoid, bahkan Polio (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024).

Intervensi Stop BAB Sembarangan (Stop BABS) merupakan salah satu dari lima pilar Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Tahun 2008 pemerintah menetapkan kebijakan nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 852/MENKES/SK/IX/2008. Pada tahun 2014, Kepmenkes tersebut disesuaikan dan diganti dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2014 tentang STBM (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024). Penyelenggaraan STBM di Provinsi Papua dilandasi Surat Edaran Gubernur Nomor : 400.7.II/2555/SET Tentang Percepatan Pencapaian Stop Buang Air Besar Sembarangan di Provinsi Papua. Deklarasi keberhasilan pelaksanaan STBM dapat dilakukan oleh desa yang telah mencapai kondisi sanitasi total atau status 100% pada salah satu pilar STBM atau minimal pilar satu (1) dari STBM. Dalam mendukung penyelenggaraan STBM, Pemerintah Daerah juga memiliki peranan untuk melakukan koordinasi lintas sektor dan lintas program untuk pengembangan penyelenggaraan STBM, melaksanakan pelatihan teknis bagi petugas dan masyarakat, pemantauan dan evaluasi, serta edukasi melalui berbagai bentuk media komunikasi.

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Papua tahun 2023, capaian cakupan desa yang melaksanakan STBM sudah mencapai 48,22% yaitu sebanyak 488 desa/kelurahan dari 1012 desa/kelurahan di Provinsi Papua. Data juga menunjukkan bahwa cakupan desa yang melaksanakan perilaku Stop BABS di Provinsi Papua pada tahun 2023 adalah 16,21%. Jumlah Kepala Keluarga (KK) yang melakukan pengelolaan air minum dan makanan rumah sebanyak 33.139 (12,01%), dan jumlah KK dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak berjumlah 92.285 (33,46%) (Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2023).

Saat ini, ada 362 (35,77%) desa/kelurahan yang sudah melaksanakan 5 pilar STBM (Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2023). Kendala yang ditemui antara lain kurangnya kerjasama lintas sektor, kurangnya tenaga sanitarian yang terlatih akibat rotasi, dan kurangnya dana pelatihan untuk petugas baru. Kemitraan, media promosi yang variatif, dan kemampuan petugas kesehatan dalam mempersuasikan kegiatan mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam program pemicuan Stop BABS (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024; Kurniawati, 2020). Interaksi yang terjalin baik antara petugas kesehatan dengan masyarakat juga dapat menjadi stimulus persepsi yang baik terhadap program pemicuan stop BABS.

2) Profilaksis cotrimoxazole untuk anak terinfeksi HIV

Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) merupakan pneumonia yang sering dijumpai pada anak dengan imunodefisiensi, termasuk anak dengan HIV (Human Immunodeficiency Virus). Pemberian terapi pencegahan dengan cotrimoxazole pada anak dengan HIV telah terbukti mengurangi resiko terjadinya PCP; dan telah menjadi rekomendasi di tingkat global dan nasional. Selama ini, implementasi pelayanan kesehatan di tingkat komunitas/masyarakat terutama bagi anak dengan HIV belum optimal (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024). Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh adanya stigma masyarakat yang masih tinggi terhadap HIV dan tidak dilaksanakannya pemberian cotrimoxazole profilaksis pada anak HIV, terutama karena tidak diketahui status HIV-nya sejak lahir, maupun adanya ketidakteraturan minum obat profilaksis akibat pemahaman orang tua/pengasuh yang rendah, sehingga perlu adanya kegiatan pengawasan atau pemantauan dan monitoring pengobatan seperti dibentuknya pemantau minum obat (PMO) seperti anggota keluarga atau kader terlatih, atau memonitor ketaatan minum obat melalui

berbagai cara, seperti penggunaan aplikasi sederhana. Di Provinsi Papua, pemberian cotrimoxazole pada bayi-balita yang lahir dari ibu yang mengidap HIV telah dilaksanakan, akan tetapi belum optimal sehingga masih perlu penguatan dalam pelaksanaan program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) yang merupakan program integrasi antara Bidang Kesehatan Masyarakat-Seksi Kesg-Program KIA dan Bidang P2P/Balai ATM-Seksi HIV/P2P-Program HIV di tingkat provinsi, kabupaten dan Puskesmas (Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2023).

3. Komponen Penatalaksanaan Pneumonia

Pencarian pertolongan ke fasilitas kesehatan oleh masyarakat Provinsi Papua serupa di seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Selain Puskesmas, juga terdapat bidan desa dan Posyandu yang tinggal dekat dengan masyarakat. Kegiatan Posyandu rutin dilaksanakan setiap bulan untuk monitoring kesehatan balita dan ibu. Kegiatan Posyandu dilaksanakan oleh kader posyandu yang merupakan warga masyarakat sekaligus mitra kerja petugas kesehatan di Puskesmas. Kader Posyandu mempunyai tugas pokok melakukan promosi dan komunikasi kesehatan kepada masyarakat, sedangkan bidan desa dapat memberikan pengobatan sesuai kemampuan dan kewenangan bidan.

Di Provinsi Papua, masih ada kendala dalam hal transportasi dan akses menuju ke fasilitas pelayanan kesehatan di beberapa wilayah. Hampir di semua kabupaten di Provinsi Papua masih memiliki daerah yang sulit akses ke pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan primer seperti Puskesmas, merupakan pilihan pertama dan utama bagi masyarakat untuk pencarian pertolongan kesehatan. Meski demikian, terdapat juga beberapa orang tua yang membawa anaknya langsung ke RS Kabupaten, RS/klinik swasta atau praktik mandiri dokter/bidan untuk berobat karena jarak yang lebih dekat dengan rumah (Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2022). Dari sisi pembiayaan dalam sistem kesehatan saat ini, telah diberlakukan sistem rujukan berjenjang dari fasilitas kesehatan primer (FKTP), seperti Puskesmas/klinik swasta ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi (FKTL), seperti RSUD Kabupaten/RS swasta. Masyarakat dapat berobat gratis selama memiliki kepesertaan JKN yang dikelola oleh BPJS. Bagi masyarakat yang berobat dengan pembiayaan JKN-BPJS, diberlakukan sistem rujukan berjenjang dari fasilitas kesehatan primer (misal: Puskesmas) ke Rumah Sakit bahkan ke Rumah Sakit Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit Provinsi (Dinas Kesehatan Prov. Papua, 2022).

1) Sistem Rujukan

Kondisi pasien yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan primer serta tidak tersedianya pemeriksaan penunjang, maka akan dirujuk secara berjenjang ke fasilitas kesehatan sekunder ataupun tersier (Rumah Sakit kabupaten/provinsi) sesuai dengan kondisinya. Menurut panduan MTBS versi revisi tahun 2021, balita dengan klasifikasi gejala/tanda pneumonia berat yang datang ke Puskesmas harus dirujuk segera ke Rumah Sakit Kabupaten; dan jika tidak bisa diatasi di Rumah Sakit Kabupaten akan dirujuk ke Rumah Sakit di tingkat Provinsi, atau jika diperlukan ke Rumah Sakit rujukan nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Namun, jika tidak memungkinkan, maka dilakukan penanganan sesuai dengan pedoman nasional rujukan pneumonia atau Buku Saku Tatalaksana Anak di RS (Kementerian Kesehatan, 2023).

Sistem rujukan di Provinsi Papua sedang menuju penggunaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE). Oleh sebab masih dalam tahap awal, belum seluruh fasilitas kesehatan di Provinsi Papua menerapkan metode ini. Cakupan pelaksanaan rujukan horizontal dengan SISRUTE sudah dianggap baik, sedangkan rujukan secara vertikal masih memerlukan pelatihan dan dukungan (Dinas Kesehatan Provinsi Papua, 2023)

Kendala di Provinsi Papua ialah kondisi *delayed* (tertunda) rujukan, dimana penanganan dan penilaian kegawatdaruratan dari fasilitas kesehatan primer kurang maksimal, sehingga ketika pasien dirujuk ke rumah sakit sudah dalam kondisi kadar oksigen dalam darah di bawah normal. Perlu adanya penguatan pemahaman petugas puskesmas dan anggota keluarga terkait gejala pneumonia dan diare pada anak di Provinsi Papua.

2) Manajemen kasus di fasilitas kesehatan dan di tingkat masyarakat/komunitas (Case Management)

Tata laksana atau *case management* pneumonia pada anak prinsipnya adalah penemuan kasus secara dini, pemberian antibiotika yang adekuat, mengatasi hipoksemia dan pemberian cairan dan makanan yang adekuat. Yang dilakukan di komunitas adalah pengenalan dini tanda pneumonia pada anak, sehingga orang tua segera membawa anak ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Di fasilitas kesehatan primer, panduan diagnosis dan tata laksana bayi dan balita dengan pneumonia tertuang dalam Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Bayi dan balita yang datang ke Puskesmas dengan keluhan batuk harus diklasifikasikan apakah menderita pneumonia, pneumonia berat atau bukan pneumonia. Pada pneumonia diberikan antibiotika amoksisilin; sedangkan pada pneumonia berat harus dirujuk ke rumah sakit untuk rawat inap untuk diberikan antibiotika injeksi (Ampisilin dan Gentamisin), pemberian oksigen sesuai dengan derajat hipoksemia dan terapi suportif, yaitu pemberian cairan dan makanan.

3) Pemberian Antibiotika di Fasyankes primer/ Puskesmas dan Fasyankes rujukan/Rumah Sakit

Di Provinsi Papua, obat antibiotika untuk kasus pneumonia sayangnya tidak selalu tersedia. Hal ini disebabkan obat tersebut tidak termasuk dalam daftar obat esensial yang rutin diminta oleh Puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kabupaten maupun Dinas Kesehatan Provinsi Papua. Jenis antibiotika yang tersedia di Puskesmas ialah amoxilin untuk pengobatan pneumonia. Sedangkan di RS selalu tersedia sesuai kebutuhan, baik antibiotik oral maupun parenteral. Hasil diskusi internal di tingkat provinsi Papua juga menyebutkan bahwa adanya penggunaan antibiotika tidak rasional untuk ISPA non pneumonia, seperti cefixime dan ciprofloxacin. Hal ini kemungkinan terjadi karena suplai obat antibiotika lini pertama untuk pneumonia tidak dianggap esensial atau tidak termasuk kategori obat rutin yang digunakan untuk pengobatan ISPA di fasyankes tersebut. Namun sampai saat ini belum ada pencatatan dan pelaporan tentang penggunaan jenis antibiotika diantara semua kasus pneumonia yang ditemukan dan diobati.

4) Penggunaan Oksigen di Fasyankes primer/ Puskesmas dan Fasyankes rujukan/Rumah Sakit.

Tenaga kesehatan di Puskesmas masih belum semuanya memaksimalkan penggunaan oxymetri untuk menentukan kadar saturasi oksigen sehingga dapat membantu menentukan kondisi napas anak dengan keluhan sesak napas. Beberapa tenaga kesehatan di Puskesmas juga masih belum menguasai tata cara menghitung napas anak dan menentukan anak yang mengalami sesak napas. Pemahaman akan kedua hal ini penting dalam membantu diagnosis pneumonia dengan tepat. Kurangnya keterampilan ini bisa menjadi salah satu alasan hampir tidak pernah digunakannya oksigen untuk anak dengan pneumonia berat, khususnya di Puskesmas. Dengan kondisi tersebut, perlu adanya pelatihan untuk meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan yang bertugas, sehingga dapat membantu dokter dalam menegakkan diagnosis pneumonia pada balita dan dapat dengan segera ditangani langsung di Puskesmas atau tidak terlambat melakukan rujukan ke RS, bila rujukan diperlukan.

H. Situasi Program dalam Komponen Penatalaksanaan Diare

Prinsip tatalaksana diare pada anak adalah Lima Langkah Tuntaskan Diare (Lintas Diare) menurut WHO terdiri dari: (1) Rehidrasi yang adekuat (ORT), (2) Pemberian tablet Zinc, (3) Pemberian nutrisi ASI/Makanan Pendamping, (4) Pemberian antibiotik, dan (5) Edukasi orang tua (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024; Rendang Indriyani & Putra, 2020).

Pengendalian penyakit diare pada anak bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian akibat penyakit diare di Indonesia, yang didukung oleh lintas program dan lintas sektor terkait terdiri dari:

1. Pencarian pertolongan ke fasilitas kesehatan dan rujukan

Berdasarkan hasil diskusi dengan pemangku kepentingan di Provinsi Papua, masyarakat di perkotaan sudah mendapat edukasi yang cukup tentang penanganan diare pada anak. Tingkat pengetahuan dan pemahaman masyarakat juga baik. Mayoritas masyarakat juga sudah paham gejala – gejala diare pada anak dan mempunyai kesadaran yang baik terhadap kondisinya sehingga penanganan dapat segera dilakukan. Namun untuk masyarakat di perkampungan, terutama di daerah terpencil dan susah akses kepada informasi, masih banyak yang belum paham tentang gejala, penanganan dan pencegahan diare dan dehidrasi pada anak diare. Diare pada anak masih dianggap hal yang biasa, sehingga tidak cepat mencari pertolongan kepada tenaga kesehatan atau kader terlatih, sehingga seringkali lambat mendapat penanganan dan berakibat fatal bagi anak.

2. Manajemen kasus diare di fasilitas kesehatan dan di tingkat masyarakat/komunitas

Pedoman Tatalaksana Diare di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat pertama telah tersedia (Kementerian Kesehatan, 2017). Instrumen lain seperti buku bagan MTBS untuk penanganan anak balita diare juga tersedia di Puskesmas, dengan mengacu kepada buku bagan MTBS yang telah direview dan diupdate pada tahun 2021 dan telah tersedia dan disosialisasikan luas (Kementerian Kesehatan, 2021). Namun demikian, kemampuan yang masih bervariasi dari dokter/petugas kesehatan di Puskesmas masih dalam mendeteksi komplikasi diare, khususnya derajat dehidrasi dan komplikasi berat untuk mencegah keterlambatan rujukan. Tata laksana kasus diare pada balita di Puskesmas di Provinsi Papua telah sesuai dengan Pedoman Tatalaksana Diare di FKTP.

3. Surveilans dan Informasi

Surveilans merupakan kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit, atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan, untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien (Dinas Kesehatan Kab. Bandung, 2024).

Implementasi pencatatan dan pelaporan pneumonia di Provinsi Papua secara umum masih menggunakan metode konvensional, yaitu dengan mencatat secara manual, sebagaimana diatur dalam panduan Tatalaksana Pneumonia Balita di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama tahun 2017 untuk menggunakan Laporan Bulanan ISPA/Pneumonia yang bersumber dari Register Harian P2 ISPA dalam bentuk tabel excel.

Variabel yang tercatat dalam laporan meliputi:

- a. jumlah kunjungan balita batuk/kesukaran bernapas;
- b. jumlah balita batuk/kesukaran bernapas yang dihitung napas atau dilihat TDDK;
- c. kasus pneumonia berdasarkan golongan umur dan jenis kelamin
- d. kasus pneumonia berat berdasarkan golongan umur dan jenis kelamin;
- e. kasus batuk bukan pneumonia berdasarkan golongan umur dan jenis kelamin; dan
- f. jumlah kematian karena pneumonia berdasarkan golongan umur dan jenis kelamin.

Laporan dari puskesmas direkap oleh pemegang program P2P Dinas Kesehatan Kabupaten dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi Papua. Sistem pelaporan data rutin ISPA menggunakan excel sederhana yang disediakan oleh tim kerja Pneumonia dan ISPA.

Dinas Kesehatan Provinsi Papua juga melakukan analisis berdasarkan data pencatatan dan pelaporan yang diinput secara digital oleh setiap Puskesmas dan rumah sakit melalui sistem aplikasi nasional, yaitu SIHEPI (Sistem Informasi Hepatitis dan PISP), ASIK (Aplikasi Sehat Indonesiaku), dan SISRUTE (Sistem Rujukan Terintegrasi). Namun, pada pelaksanaannya aplikasi-aplikasi tersebut masih belum maksimal karena beberapa hal:

- a. tenaga kesehatan belum semuanya memahami penggunaan setiap aplikasi akibatnya input data tidak maksimal dan data tidak terupdate dengan baik;
- b. tenaga kesehatan masih terbiasa dengan metode konvensional sehingga perlu adanya pendampingan;
- c. fasilitas kesehatan yang bisa mengakses aplikasi ASIK yaitu seluruh Puskesmas di Provinsi Papua dan sedikit rumah sakit;
- d. adanya gap dalam data yang dicatat dan dilaporkan antara aplikasi dan tabel excel manual; dan
- e. aplikasi masih belum terintegrasi dan seringkali mengalami kendala teknis.

4. Vaksin, Obat, dan Alat Kesehatan

Penanggung jawab penyediaan obat-obatan dan vaksin diberikan kepada UPTD Obat dan Perbekalan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Papua. Distribusi obat-obatan dilakukan dengan:

- a. Kerjasama antara UPTD Obat dan Perbekalan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Papua dengan pengelola program untuk mendistribusikan masing-masing obat yang diterima dari Provinsi atau Pusat;
- b. UPTD Obat dan Perbekalan Kesehatan mendistribusikan obat program ke Puskesmas berdasarkan permintaan penanggung jawab program;
- c. obat program yang tersisa harus dikembalikan ke Puskesmas yang bersangkutan.

Pelayanan vaksin Campak, Pertusis dan HiB dilakukan di komunitas melalui kegiatan Posyandu atau di Bidan Desa, Fasyankes primer/Puskesmas dan Fasyankes rujukan/Rumah Sakit. Pelayanan vaksin PCV baru terealisasi di Provinsi Papua pada tahun 2023 semenjak masuknya vaksin tersebut ke dalam program vaksin rutin di tahun 2022. Sementara itu, pelayanan vaksin Rotavirus di FKTP baru terealisasi di Provinsi Papua pada tahun 2023.

I. Komitmen Politik dalam Penanggulangan Pneumonia dan Diare

Rencana Aksi Daerah untuk Penanggulangan Pneumonia dan Diare (PD) memerlukan sejumlah komitmen politik dari berbagai pihak agar program penanggulangan dapat berjalan efektif dan berkelanjutan.

1. Dukungan Anggaran dan Pendanaan

- a. Pendanaan kesehatan dilakukan oleh Pemerintah Provinsi Papua dan Pemerintah Kabupaten melalui lintas sektornya dengan kontribusi dari multi pihak
- b. Sumber pembiayaan kesehatan dengan berbagai jenis kegiatan di Provinsi Papua dapat melalui:
 - 1) Dana Otonomi Khusus (Otsus)
 - 2) Dana Alokasi Umum (DAU)
 - 3) Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik
 - 4) Dana Alokasi Khusus (DAK) Non-fisik
 - 5) Sumber lain, seperti Dana Bagi Hasil (DBH)
- c. Pengalokasian Dana yang Memadai: Pemerintah daerah akan mengalokasikan anggaran yang cukup untuk program penanggulangan pneumonia dan diare, termasuk untuk peningkatan fasilitas dan pelayanan kesehatan, penyelenggaran sistem informasi kesehatan terintegrasi, pengadaan obat dan vaksin, pelatihan tenaga kesehatan, pembiayaan untuk penyusunan kebijakan dan koordinasi lintas pemangku kepentingan tingkat daerah kabupaten/kota, serta pelaksanaan program promotif preventif-termasuk kampanye kesadaran masyarakat.
- d. Pendanaan Berkelanjutan: pendanaan untuk program pneumonia dan diare tersedia secara berkelanjutan, sehingga tidak terjadi kekosongan sumber daya yang dapat menghambat penanganan pneumonia dan diare.

2. Peningkatan Kapasitas Layanan Kesehatan

- a. Penguatan Fasilitas Kesehatan: Investasi dalam pengembangan infrastruktur kesehatan seperti laboratorium, fasilitas diagnosis, dan pengadaan alat tes yang memadai; dan
- b. Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan: Pelatihan dan pengembangan tenaga kesehatan yang kompeten dalam mendiagnosis dan merawat pasien pneumonia dan diare.

3. Kolaborasi Lintas Sektor

- a. Kemitraan dengan Sektor Swasta: Menggalang dukungan dari sektor swasta, LSM, dan masyarakat untuk membantu dalam pencegahan, diagnosis, dan pengobatan pneumonia dan diare;
- b. Kolaborasi dengan Sektor Pendidikan: Integrasi edukasi tentang pneumonia dan diare dalam kurikulum sekolah untuk meningkatkan kesadaran sejak dini; dan
- c. Koordinasi Lintas organisasi pemerintah daerah: Pembentukan tim koordinasi lintas instansi untuk mengintegrasikan upaya penanggulangan pneumonia dan diare dalam berbagai program pembangunan daerah.

4. Penyusunan dan Penegakan Kebijakan

- a. Kebijakan Pendukung: Perumusan kebijakan yang mendukung upaya pencegahan, pengendalian, dan pengobatan pneumonia dan diare, termasuk kebijakan untuk penanganan pneumonia dan diare di lingkungan berisiko; dan
- b. Penegakan Hukum dan Regulasi: Memastikan regulasi terkait penanggulangan pneumonia dan diare ditegakkan dengan baik, seperti peraturan tentang kewajiban pelaporan kasus pneumonia dan diare dan pengawasan terhadap penggunaan obat dan pemberian vaksinasi.

5. Advokasi dan Kesadaran Publik

- a. Kampanye Publik: Meningkatkan kesadaran masyarakat melalui kampanye yang masif tentang bahaya pneumonia dan diare, cara penularan, pentingnya deteksi cepat, dan akses pengobatan; dan
- b. Partisipasi Masyarakat: Melibatkan masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan pneumonia dan diare, termasuk pelibatan komunitas dalam edukasi dan pendampingan pasien.

6. Pemantauan dan Evaluasi Program

- a. Monitoring dan Evaluasi Berkala: Melakukan pemantauan dan evaluasi rutin terhadap implementasi rencana aksi daerah untuk memastikan bahwa target-target penanggulangan pneumonia dan diare tercapai; dan
- b. Transparansi dan Akuntabilitas: Menjamin transparansi dan akuntabilitas dalam pelaksanaan program, termasuk pelaporan penggunaan dana dan pencapaian target.

7. Komitmen pada Akses Universal

Akses Universal pada Layanan Kesehatan: Memastikan bahwa seluruh anak, terutama dari kelompok rentan seperti masyarakat miskin, terpencil dan jauh, memiliki akses yang adil terhadap layanan kesehatan untuk penanggulangan pneumonia dan diare.

BAB III

ISU STRATEGIS, KEBIJAKAN, INDIKATOR, TUJUAN DAN TARGET

PENANGGULANGAN PNEUMONIA DAN DIARE

A. Isu Strategis

Isu strategis merupakan gambaran permasalahan yang harus menjadi prioritas dalam menyusun rencana aksi serta program dan kegiatan yang implementatif, karena dampaknya yang signifikan bagi entitas (daerah/masyarakat) di masa mendatang, yang apabila tidak ditangani akan menimbulkan kerugian yang lebih besar.

Berdasarkan hasil analisis situasi dalam penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua, diidentifikasi beberapa isu strategis yang perlu dijadikan prioritas untuk lima tahun ke depan, sebagai berikut :

1. Belum adanya komitmen politis daerah tentang penanggulangan pneumonia dan diare. Terbukti dengan belum adanya dukungan anggaran yang memadai dan belum adanya regulasi/kebijakan yang terpadu terkait dengan penanggulangan pneumonia dan diare di Daerah.
2. Belum diterapkannya secara konsisten penatalaksanaan pneumonia dan diare pada bayi-balita yang sesuai dengan standar menggunakan pendekatan MTBS, mencakup pemberian oralit dan zinc pada diare dan pemberian antibiotik serta penggunaan oksigen pada pneumonia.
3. Rendahnya cakupan imunisasi PCV dan Rotavirus sebagai tindakan pencegahan pneumonia dan diare.
4. Rendahnya cakupan pemberian vitamin A sebagai upaya perlindungan pneumonia dan diare.
5. Kurangnya promosi dan pengendalian faktor risiko (perilaku dan lingkungan).
6. Kurangnya kesadaran masyarakat mengenai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
7. Kurangnya infrastruktur air bersih dan sanitasi yang memadai.

B. Kebijakan Penanggulangan Program Pneumonia dan Diare

Arah kebijakan dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua Tahun 2025-2030 disusun berdasarkan pada sinergitas dan komprehensifitas seluruh pemangku kepentingan dan pihak terkait lainnya, meliputi upaya: promotif, preventif, kuratif sampai dengan rehabilitatif, baik dari aspek kesehatan, aspek sosial maupun aspek ekonomi.

Arah kebijakan penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua perlu dirumuskan guna mendapatkan strategi dan program penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua yang terfokus serta dapat ditentukan indikator kinerja programnya.

Seiring dengan Strategi Nasional dan *Milestone* Penanggulangan pneumonia dan diare, arah kebijakan penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua bergerak dari layanan kuratif dan rehabilitatif menuju fokus lebih pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, serta fokus pada isu-isu aksesibilitas dan kualitas layanan pneumonia dan diare, dengan tujuan untuk :

- a. menurunkan insidensi pneumonia dan diare pada bayi-balita; dan
- b. menurunkan angka kematian pneumonia dan diare pada bayi-balita.

C. Indikator Penanggulangan Pneumonia dan Diare

Indonesia telah menetapkan untuk mengurangi kematian akibat pneumonia menjadi kurang dari 3 per 1000 kelahiran hidup dan akibat diare menjadi kurang dari 1 per 1000 kelahiran hidup pada akhir tahun 2030, serta menurunkan insidensi pneumonia dan diare sebesar 75% dibandingkan pada tahun 2019. Selain itu, penanggulangan pneumonia dan diare diharapkan berkontribusi mengurangi balita tengkes (*stunting*) sebesar 40% dibandingkan pada tahun 2019. Untuk mempermudah analisis data dalam mencapai tujuan tersebut maka diperlukan indikator sebagai alat ukur kinerja dan kemajuan program (*marker of progress*), dan untuk menilai kemajuan atau keberhasilan program pengendalian PD digunakan beberapa indikator yaitu: **indikator perlindungan, indikator pencegahan, dan indikator penatalaksanaan**.

1. Indikator Perlindungan:

Indikator perlindungan digunakan untuk menilai pencapaian strategi nasional dalam melakukan tindakan perlindungan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota, termasuk di Provinsi Papua, meliputi:

- a. Jumlah bayi <6 Bulan ASI Eksklusif
- b. Jumlah balita mendapatkan Suplementasi Vitamin A 2 kali setahun
- c. Jumlah bayi umur 6-23 Bulan yang mendapatkan diet adekuat (PMT)

2. Indikator pencegahan

Indikator pencegahan digunakan untuk menilai pencapaian strategi nasional dalam melakukan tindakan pencegahan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota, termasuk di Provinsi Papua, meliputi:

- a. cakupan pemberian imunisasi DPT;
- b. cakupan pemberian imunisasi HiB;
- c. cakupan pemberian imunisasi campak;
- d. cakupan pemberian imunisasi rotavirus;
- e. cakupan pemberian imunisasi PCV;
- f. akses terhadap air layak minum;
- g. fasilitas sanitasi dan hygiene;
- h. stop buang air besar sembarang;
- i. cuci tangan pakai sabun di air yang mengalir;
- j. rumah sehat; dan
- k. pemberian ARV pada bayi dari ibu dengan HIV.

3. Indikator Penatalaksanaan

Indikator Penatalaksanaan digunakan untuk menilai pencapaian strategi nasional dalam melakukan tindakan penatalaksanaan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota, termasuk di Provinsi Papua, meliputi:

- a. cakupan penemuan kasus pneumonia dan diare melalui layanan MTBS dan MTBS-M (MTBS berbasis masyarakat);
- b. pemberian antibiotika pada anak dengan pneumonia;
- c. pemberian oralit dan zinc pada kasus anak balita dengan diare; dan
- d. pemberian PMT pada bayi-balita.

D. Target Indikator Utama dan Operasional

Target program Penanggulangan pneumonia dan diare Provinsi Papua adalah untuk mengakhiri kematian dan kesakitan akibat pneumonia dan diare pada akhir tahun 2030 yang terdiri atas :

1. Target Indikator Perlindungan

No	Indikator		Target					
			2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	Cakupan bayi <6 bulan ASI Eksklusif	Proporsi bayi usia 0-6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif	73	76	79	82	85	90

No	Indikator		Target					
			2025	2026	2027	2028	2029	2030
2	Cakupan dua kali suplementasi vitamin A	Proporsi anak usia 6-59 bulan yang memperoleh dua kali suplementasi vitamin A dalam setahun	91	92	93	94	95	96
3	Cakupan bayi umur 6-23 bulan yang mendapatkan diet adekuat (PMT)	Proporsi anak usia 6-59 bulan yang mendapatkan diet adekuat (PMT)	73	76	79	82	85	88

2. Target Indikator Pencegahan

No	Indikator		Target					
			2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	Cakupan imunisasi DPT dosis ketiga	Proporsi anak usia 0 - 11 bulan yang memperoleh 3 dosis vaksin DPT3	90	95	95	100	100	100
2	Cakupan imunisasi HiB dosis ketiga	Proporsi anak usia 0-11 bulan Yang memperoleh tiga dosis vaksin HiB	90	95	95	100	100	100
3	Cakupan imunisasi campak yang pertama	Proporsi anak usia 0-11 bulan yang memperoleh 1 dosis vaksin campak	90	95	95	100	100	100
4	Cakupan imunisasi PCV	Proporsi anak usia 0-11 bulan yang Memperoleh 2 dosis vaksin PCV	90	95	95	100	100	100
5	Cakupan imunisasi Rotavirus	Proporsi anak usia 0-11 bulan yang Memperoleh vaksinasi rotavirus lengkap	90	95	95	100	100	100
6	Fasilitas sanitasi dan hygiene	Proporsi rumah tangga yang mendapat akses sanitasi (air limbah domestik) layak di kabupaten/kota lokasi prioritas	50	60	70	80	90	100
7	Akses terhadap air layak minum	Proporsi rumah tangga yang mendapat akses air layak minum di kabupaten/kota lokasi prioritas	75	80	85	90	95	100
8	Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang air Besar sembarangan	80	85	90	95	100	100

No	Indikator		Target					
			2025	2026	2027	2028	2029	2030
9	Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)	Persentase desa/kelurahan dengan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)	30	35	40	45	50	55
10	Pemberian ARV pada bayi dari ibu dengan HIV	Cakupan pemberian ARV profilaksis pada bayi	100	100	100	100	100	100
11	Rumah Sehat	Proporsi rumah tangga yang memiliki ventilasi yang memadai dan jamban sehat	80	85	90	95	100	100

3. Target Indikator Penatalaksanaan

No	Indikator		Target					
			2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	Cakupan penemuan kasus pneumonia	Cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita	50	60	70	80	90	100
2	Pemberian antibiotika pada anak dengan pneumonia	Proporsi anak balita dengan suspek pneumonia yang memperoleh antibiotika	70	85	90	95	100	100
3	Pemberian oralit dan zinc pada kasus anak balita dengan diare	Persentase pengobatan diare anak balita sesuai standar (oralit dan zinc)	70	75	80	85	90	90

BAB IV

STRATEGI DAN INTERVENSI KUNCI RADPPD

Pneumonia dan diare merupakan dua penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada balita di Provinsi Papua. Tingginya angka kejadian kedua penyakit ini disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, rendahnya cakupan imunisasi, sanitasi yang buruk, serta kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya pencegahan dan pengobatan dini.

Sebagai langkah strategis untuk menanggulangi permasalahan ini, diperlukan pendekatan yang komprehensif, terintegrasi, dan berbasis bukti dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan Pneumonia dan Diare (PD) di Provinsi Papua. Strategi yang akan diterapkan berfokus pada upaya peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan, penguatan sistem surveilans, edukasi masyarakat, peningkatan praktik higiene dan sanitasi, kolaborasi lintas sektor, serta pendanaan dan kebijakan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan anak.

A. Strategi Utama

Indonesia telah berkomitmen untuk mengakhiri kematian balita akibat pneumonia menjadi kurang dari 3 per 1000 kelahiran hidup dan akibat diare menjadi kurang dari 1 per 1000 kelahiran hidup pada akhir tahun 2030, serta menurunkan insidensi pneumonia dan diare (PD) sebesar 75% dibandingkan pada tahun 2019. Selain itu, penanggulangan pneumonia dan diare diharapkan berkontribusi mengurangi balita tengkes (*stunting*) sebesar 40% dibandingkan pada tahun 2019. Upaya penanggulangan pneumonia dan diare di Indonesia Tahun 2020-2024 diarahkan untuk mempercepat upaya Indonesia untuk mencapai eliminasi pneumonia dan diare pada Tahun 2030, serta mengakhiri epidemi pneumonia dan diare di Tahun 2050. Pencapaian target eliminasi pneumonia dan diare dilaksanakan melalui penerapan strategi nasional eliminasi pneumonia dan diare yang terdiri atas :

1. Perubahan perilaku pencegahan dan pengendalian di masyarakat;
2. Integrasi dan kolaborasi multipihak;
3. Akselerasi akses dan implementasi perlindungan, pencegahan dan penatalaksanaan (3P); dan
4. Tata Kelola, kepemimpinan, manajemen program dan peningkatan mutu.

Adapun strategi penanggulangan pneumonia dan diare di Provinsi Papua pada tahun 2025-2030 disusun dengan mengacu kepada:

1. Strategi Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Papua yang mengacu kepada misi 2 (menyediakan layanan pendidikan dan kesehatan yang berkualitas dan merata), dan misi 4 (mengoptimalkan tata kelola pemerintahan melalui birokrasi yang profesional, dan tata kehidupan masyarakat yang berlandaskan nilai-nilai keagamaan);
2. Strategi Rencana Induk Percepatan Pembangunan Papua (RIPPP) yang mengacu kepada tujuan nomor 1 dan 2: peningkatan Angka Harapan Hidup (AHH) dan penurunan *stunting*; dan
3. Strategi penanggulangan pneumonia dan diare nasional, yang tertuang dalam RAN-PPD di Indonesia 2023-2030 (Pilar 1: Pencegahan; Pilar 2: Surveilans; Pilar 3: Penanganan Kasus; Pilar 4: Promosi Kesehatan).

Dengan demikian, strategi utama Penanggulangan pneumonia dan diare di Provinsi Papua pada tahun 2025-2030 adalah sebagai berikut :

1. Perubahan perilaku pencegahan dan pengendalian di masyarakat;
2. Akselerasi akses dan implementasi perlindungan, pencegahan dan penatalaksanaan (3P);
3. Integrasi dan kolaborasi multipihak; dan
4. Tata Kelola, kepemimpinan, manajemen program dan peningkatan mutu.

B. Intervensi Kunci

Intervensi kunci berdasarkan strategi penanggulangan pneumonia dan diare di Provinsi Papua Tahun 2025-2030 adalah sebagai berikut :

Strategi 1. Perubahan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian di Masyarakat

Intervensi Kunci	Kegiatan Utama
1.1 Penyebarluasan media KIE tentang penanggulangan pneumonia dan diare.	<ul style="list-style-type: none">a. Pengembangan modul pelatihan berbasis budaya lokal untuk meningkatkan penerimaan masyarakat.b. Kampanye cuci tangan pakai sabun di sekolah dan fasilitas umum.c. Distribusi materi edukasi beserta sabun ke komunitas.d. Penyediaan dan distribusi poster serta leaflet berbahasa daerah.e. Kolaborasi dengan seniman lokal dalam pembuatan materi KIE yang menarik.f. Pelaksanaan kampanye imunisasi melalui media lokal (radio, TV dan media cetak).g. Penyuluhan imunisasi di Posyandu, sekolah, dan rumah ibadah.h. Penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya akses air bersih.i. Pengembangan materi edukasi tentang manfaat imunisasi dalam bahasa lokal.j. Pelibatan kaum ayah dalam peningkatan cakupan imunisasi.k. Pelaksanaan dialog interaktif dengan tokoh masyarakat mengenai pentingnya imunisasi.l. Pemberdayaan tokoh lokal sebagai duta imunisasi dalam komunitas.m. Pelibatan tokoh dalam pembuatan dan penyebarluasan pesan-pesan kesehatan.n. Demonstrasi praktik cuci tangan di sekolah dan fasilitas umum.
1.2 Penyebarluasan media KIE tentang penanggulangan pneumonia dan diare melalui Media Sosial.	<ul style="list-style-type: none">a. Pengembangan video dan audio edukasi dengan nuansa budaya lokal.b. Pelaksanaan kampanye imunisasi melalui media sosial lokal (termasuk media online).c. Bekerja sama dengan influencer atau tokoh kesehatan yang memiliki pengikut yang banyak untuk menyebarkan pesan kesehatan terkait pneumonia dan diare.d. Menyelenggarakan kampanye khusus di media sosial menggunakan hashtag seperti Sehat TanpaDiare atau Lawan Pneumonia, untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pencegahan dan penanganan pneumonia dan diare.

Intervensi Kunci	Kegiatan Utama
	<ul style="list-style-type: none"> e. Mengadakan sesi live atau webinar di platform media sosial (Facebook, Instagram, atau You Tube) dengan narasumber ahli, seperti dokter atau tenaga kesehatan, yang membahas pencegahan dan penanggulangan pneumonia dan diare. f. Menjalankan iklan berbayar di platform media sosial seperti Facebook Ads atau Instagram Ads untuk memperluas jangkauan pesan KIE kepada audiens yang lebih luas, terutama di daerah dengan prevalensi tinggi. g. Membuat kuis atau tantangan di media sosial yang mengedukasi audiens mengenai pneumonia dan diare, sekaligus memberi hadiah atau insentif untuk partisipasi.
1.3 Pendampingan kelompok Masyarakat/ UKBM dalam upaya penanggulangan pneumonia dan diare.	<ul style="list-style-type: none"> a. Penguatan peran masyarakat dalam memonitor dan mengevaluasi program STBM. b. Penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya akses air bersih dan sanitasi. c. Pembangunan dan perawatan sarana air bersih, fasilitas cuci tangan, dan sanitasi di tempat strategis di daerah prioritas. d. Kolaborasi dengan pihak swasta dan LSM dalam penyediaan fasilitas sanitasi. e. Pembangunan sarana air bersih dan sanitasi di daerah prioritas. f. Pelatihan pengelolaan air bersih berbasis komunitas. g. Pelatihan penggunaan metode sederhana seperti rebus dan saringan. h. Pelibatan LSM dan organisasi masyarakat dalam kegiatan penyuluhan dan pemberdayaan masyarakat.
1.4 Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan kader dalam upaya penanggulangan pneumonia dan diare (bagi kader).	<ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan kapasitas kader Posyandu melalui pelatihan dan bimbingan teknis. b. Peningkatan kapasitas kader STBM di komunitas. c. Meningkatkan kapasitas kader dalam mengidentifikasi kasus diare dan pneumonia di masyarakat d. Penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya akses air bersih. e. Pelatihan komunikasi efektif bagi tenaga kesehatan dan kader untuk edukasi masyarakat.

Strategi 2. Akselerasi Akses dan Implementasi Perlindungan, Pencegahan dan Penatalaksanaan (3P)

Intervensi Kunci	Kegiatan Utama
2.1 Melindungi anak dengan praktik baik kesehatan sejak lahir (<i>protect</i>).	<ul style="list-style-type: none"> a. ASI eksklusif 6 bulan. b. PMT yang memadai. c. Suplemen vit.
2.2 Mencegah anak sakit Pneumonia dan Diare (<i>prevent</i>).	<ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan Cakupan Imunisasi Pertusis, HiB, Campak, PCV dan RV. b. PMT yang memadai. c. Suplemen vit. A. d. Kotri profilaksis untuk anak terinfeksi atau terpapar HIV. e. HIV prevention (PPIA). f. CTPS. g. Air minum dan jamban aman. h. Mengurangi polusi udara dalam rumah tangga. i. Penguatan sistem pencatatan dan pelaporan stok vaksin.
2.3 Meningkatkan akses ke pengobatan dan rujukan (<i>treat</i>).	<ul style="list-style-type: none"> a. Pelatihan tenaga kesehatan terkait diagnosis untuk deteksi dini dan tata laksana pneumonia dan diare di tingkat Puskesmas dan Posyandu. b. Penyusunan pedoman standar operasional prosedur (SOP) untuk penanganan pneumonia dan diare dan manual rujukannya. c. Monitoring dan evaluasi kinerja tenaga kesehatan dalam penerapan standar pelayanan dan kualitas data pencatatan secara berkala. d. Tatalaksana kasus di faskes (MTBS) dan komunitas (MTBS-M). e. Pengadaan dan distribusi obat pneumonia dan diare ke fasilitas kesehatan: Oralit, zinc, antibiotic, dan O2. f. Terus memberi makan (termasuk ASI). g. Penguatan sistem pencatatan dan pelaporan stok obat. h. Pengembangan dan implementasi sistem pencatatan berbasis aplikasi. i. Pelatihan tenaga kesehatan dalam penggunaan sistem pencatatan dan pelaporan. j. Penggunaan dashboard surveilans di Puskesmas dan Dinas Kesehatan.

Strategi 3. Integrasi dan Kolaborasi Multipihak

Intervensi Kunci	Kegiatan Utama
<p>3.1 Koordinasi pelaksanaan pencegahan dan pengendalian diare dan penyakit infeksi saluran pencernaan dan pneumonia (agenda prioritas dalam penurunan AKB & AKABA) (provinsi).</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Pertemuan ahli/komite ahli pneumonia dan diare. b. Pertemuan untuk penyusunan kebijakan daerah terkait akses sanitasi dan air bersih. c. Penyusunan mekanisme koordinasi lintas sektor dalam perencanaan dan implementasi program. d. Integrasi program kesehatan ke dalam kurikulum pendidikan. e. Pembangunan infrastruktur pendukung kesehatan anak di lingkungan pendidikan dan sosial. f. Membangun forum kemitraan untuk berbagi peran dalam upaya pencegahan pneumonia dan diare. g. Mendorong keterlibatan sektor swasta dalam mendukung program melalui CSR. h. Pertemuan koordinasi rutin antara pemerintah pusat dan daerah dengan mitra terkait. i. Pertemuan penyusunan perjanjian kerja sama dengan sektor swasta dan komunitas. j. Sosialisasi kebijakan/regulasi terkait PPD kepada pemangku kepentingan lintas sektor, masyarakat dan swasta. k. Pertemuan penyusunan mekanisme pelaporan dan akuntabilitas kinerja lintas sektor terkait.
<p>3.2 Koordinasi untuk integrasi program pneumonia dan diare dengan program prioritas lainnya (stunting, KIA, TB & HIV, kesling, EPI, Promkes, dll) (nasional).</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Integrasi program STBM dengan program kesehatan lainnya b. Rapat koordinasi internal sektor kesehatan secara berkala antar bidang-bidang terkait. c. Menyusun rencana kerja tahunan yang mengintegrasikan program pneumonia dan diare dengan: <ul style="list-style-type: none"> 1) Program stunting (akses air bersih dan sanitasi). 2) KIA (intervensi pada ibu hamil dan anak untuk pencegahan diare). 3) TB dan HIV (integrasi layanan untuk deteksi dini dan pengobatan). 4) Imunisasi (cakupan vaksin rotavirus, Hib, campak-rubella). d. Menyusun pedoman teknis untuk pelaksanaan program terintegrasi di kabupaten/kota.

Strategi 4. Tata Kelola, Kepemimpinan, Manajemen Program dan Peningkatan Mutu

Intervensi Kunci	Kegiatan Utama
4.1 Advokasi kepada Kepala Daerah di Tingkat Provinsi.	<ul style="list-style-type: none"> a. Pertemuan serial advokasi sebagai bagian dari kampanye kesadaran kepada pemerintah daerah untuk peningkatan anggaran kesehatan anak, termasuk PPD. b. Penandatanganan komitmen pemda untuk PPD berupa anggaran daerah yang memadai. c. Pembentukan tim kesehatan untuk PPD yang melibatkan berbagai lintas sektor mulai dari tingkat distrik, kabupaten, dan provinsi. d. Pertemuan advokasi pengalokasian dana untuk respon wabah/Kejadian Luar Biasa pneumonia dan diare. e. Penyusunan rencana anggaran rutin berbasis kebutuhan program pneumonia dan diare. f. Penyusunan kebijakan daerah yang mendukung program pencegahan pneumonia dan diare. g. Pertemuan dengan pengambil keputusan untuk penguatan komitmen dalam bentuk regulasi/peraturan daerah dan peraturan kepala daerah. h. Workshop dan pelatihan terkait sanitasi dan air bersih yang layak bagi pemangku kepentingan di tingkat Daerah.
4.2 Koordinasi pelaksanaan pencegahan dan pengendalian pneumonia dan diare.	<ul style="list-style-type: none"> a. Koordinasi dengan pihak terkait untuk pemantauan rantai distribusi logistik obat pneumonia dan diare. b. Pertemuan rutin lintas sektor untuk evaluasi dan koordinasi program. c. Penyusunan mekanisme respons cepat dalam penanganan kasus pneumonia dan diare. d. Pengadaan kebutuhan penunjang bagi tim respon cepat yang dibentuk.
4.3 Peningkatan dan pembinaan pengawasan mutu layanan program terkait pneumonia dan diare.	<ul style="list-style-type: none"> a. Monitoring dan bimtek rutin tatalaksana kasus di faskes pemerintah dan swasta. b. Monitoring dan bimtek sistem rujukan pasien antara Puskesmas dan rumah sakit. c. Pengawasan implementasi program air bersih dan sanitasi daerah. d. Pemantauan dan evaluasi penggunaan anggaran secara berkala. e. Umpulan berkala kepada kabupaten/kota terkait hasil pengawasan mutu layanan. f. Melakukan audit kualitas layanan di fasilitas Kesehatan publik dan swasta.

Intervensi Kunci	Kegiatan Utama
4.4 Pertemuan review program jangka menengah (mid-term review)	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi regular (semester) implementasi program yang berkontribusi terhadap PPD. b. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kolaborasi lintas sektor. c. Mempublikasikan laporan midterm review kepada publik dan menggunakannya untuk bahan advokasi lanjutan.

BAB V

PEMBIAYAAN DAN PENGANGGARAN

A. Sumber Pembiayaan

Prinsip Pembiayaan Program Penanggulangan pneumonia dan diare mengikuti kaidah-kaidah yang berlaku dalam sistem pembiayaan kesehatan lainnya. Pembiayaan kesehatan menurut World Health Organization (WHO) adalah sekumpulan dana dan penggunaannya untuk membiayai kegiatan kesehatan yang dilakukan secara langsung serta memiliki tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pembiayaan kesehatan sesuai Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

1. Sumber Pembiayaan

Pembiayaan kegiatan program nasional penanggulangan pneumonia dan diare berasal dari berbagai sumber. Diantaranya yang terpenting adalah sebagai berikut :

a. **Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.**

Alokasi pembiayaan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara digunakan untuk membiayai pelaksanaan kegiatan program pneumonia dan diare nasional. Namun dalam upaya meningkatkan kualitas program di daerah, Kementerian Kesehatan melimpahkan kewenangan untuk mengelola dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dengan melibatkan pemerintah daerah dengan mekanisme sebagai berikut:

- 1) **Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan** adalah dana perimbangan yang ditujukan untuk menciptakan keseimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam Pembangunan Kesehatan di Daerah. Dana ini diserahkan kepada daerah melalui pemerintah daerah kabupaten untuk menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan seperti alat dan bahan penunjang di laboratorium dalam rangka diagnosis pneumonia dan diare dan perbaikan infrastruktur di kabupaten termasuk gudang obat dan vaksin.
 - 2) **Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)** diserahkan kepada fasilitas pelayanan kesehatan untuk membiayai operasional petugas, dan dapat digunakan sebagai transport petugas fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelacakan kasus Pneumonia Diare, pelacakan anak belum divaksinasi untuk mencegah pneumonia dan diare, untuk monitoring minum obat, dan evaluasi kasus pneumonia dan diare di rumah penderita.
 - 3) **Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.** Alokasi pembiayaan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah digunakan untuk membiayai pelaksanaan kegiatan program pneumonia dan diare di tingkat provinsi maupun kabupaten, khususnya dalam pemenuhan pembiayaan kegiatan untuk pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, berdasarkan tugas, pokok dan fungsi dari pemerintah daerah.
- b. **Jaminan Kesehatan.** Pembiayaan pelayanan kesehatan pada pasien pneumonia dan diare peserta jaminan kesehatan dibiayai melalui mekanisme Jaminan Kesehatan Nasional.

- c. **Swasta.** Dalam upaya keberlanjutan penanggulangan pneumonia dan diare, perlu dibangun upaya bersama dengan sektor swasta, tidak hanya dalam hal memberikan layanan *Public Private Mixed Services*, tapi juga dalam hal pembiayaan. Pembiayaan dari sektor swasta ini dapat dilakukan baik perseorangan (*out of pocket expenses*) maupun melalui institusi berupa dukungan dari dana pertanggungjawaban sosial perusahaan (*corporate social responsibility*).
- d. **Dana Tanggung Jawab Sosial Lingkungan Perusahaan.** Kegiatan pertemuan untuk menggalang pendanaan dari Tanggung Jawab Sosial Lingkungan Perusahaan dirancang dalam bentuk pertemuan antara kepala daerah dengan para direktur perusahaan swasta yang tergabung dalam Tanggung Jawab Sosial Lingkungan Perusahaan Kabupaten. Tim RAD sebelumnya harus menyiapkan daftar kegiatan yang sudah diidentifikasi yang potensial akan dibiayai oleh Tanggung Jawab Sosial Lingkungan Perusahaan, juga disertai masing-masing kegiatan untuk memberikan pemahaman kepada para direktur perusahaan swasta.
- e. **Dana Hibah.** Disamping dana dari pemerintah dan swasta, kegiatan penanggulangan pneumonia dan diare di nasional, provinsi dan kabupaten dapat dibiayai oleh bantuan hibah yang diselenggarakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- f. **Dana OTSUS** Papua digunakan untuk pencarian kasus, pengobatan, rujukan dan pencegahan untuk orang asli Papua.

B. Rincian Penganggaran

Kalkulasi kebutuhan dana dihitung berdasar kebutuhan untuk pelaksanaan program dengan memperhitungkan pengembangan dan peningkatan dengan tetap mempertahankan kualitas program dan angka keberhasilan pengobatan. Selanjutnya dilakukan identifikasi sumber dana yang akan digunakan untuk pembiayaan implementasi strategi penanggulangan tersebut. Identifikasi sumber dana ini dilakukan dengan dasar aturan yang berlaku, perimbangan pembiayaan pusat dan daerah, asumsi asumsi dasar pembiayaan. Garis besar perkiraan jumlah dana yang dibutuhkan per tahun beserta dengan alternatif sumber pembiayaannya digambarkan sebagaimana tabel di bawah ini.

Tabel 2. Kebutuhan Budget RAD Pananggulangan Pneumonia dan Diare Provinsi Papua Berdasarkan Strategi RAD Penanggulangan Pneumonia dan Diare Provinsi Papua Tahun 2025-2030

Strategi	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Penguatan Komitmen dan Kepemimpinan Pemerintah Daerah Provinsi Papua	426,000,000	434,520,000	443,210,400	452,074,608	461,116,100	470,338,422
Intensifikasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan pneumonia dan diare serta pengendalian infeksi dalam Rangka Penanggulangan pneumonia dan diare	584,100,000	595,782,000	607,697,640	619,851,593	632,248,625	644,893,597
Penguatan manajemen program pneumonia dan diare	1,741,200,000	1,776,024,000	1,811,544,480	1,847,775,370	1,884,730,877	1,922,425,495

Strategi	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Peningkatan kapasitas pengelola layanan dan akses Layanan pneumonia dan diare yang Bermutu dan berpihak pada pasien	358,800,000	365,976,000	373,295,520	380,761,430	388,376,659	396,144,192
Dukungan logistik penunjang program penanggulangan pneumonia dan diare	960,000,000	979,200,000	998,784,000	1,018,759,680	1,039,134,874	1,059,917,571
Pemanfaatan hasil riset, inovasi, dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana pneumonia dan diare	139,920,000	142,718,400	145,572,768	148,484,223	151,453,908	154,482,986
Peningkatan Peran serta Komunitas, Pemangku Kepentingan, dan Multisektor lainnya dalam Penanggulangan pneumonia dan diare	500,000,000	600,000,000	700,000,000	800,000,000	900,000,000	1,000,000,000
Monitoring dan evaluasi program penanggulangan pneumonia dan diare	584,100,000	595,782,000	607,697,640	619,851,593	632,248,625	644,893,597
TOTAL DANA	5,294,120,000	5,490,002,400	5,687,802,448	5,887,558,497	6,089,309,667	6,293,095,860

Tabel 3. Gambaran Kebutuhan Anggaran RADPPD Provinsi Papua Tahun 2025-2030

Strategi	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Strategi 1. Perubahan perilaku pencegahan dan pengendalian di masyarakat	584,100,000	595,782,000	607,697,640	619,851,593	632,248,625	644,893,597
Strategi 2. Akselerasi akses dan implementasi perlindungan, pencegahan dan penatalaksanaan (3P)	1,318,800,000	1,345,176,000	1,372,079,520	1,399,521,110	1,427,511,533	1,456,061,763
Strategi 3. Integrasi dan kolaborasi multipihak	500,000,000	600,000,000	700,000,000	800,000,000	900,000,000	1,000,000,000
Strategi 4. Tata kelola, kepemimpinan, manajemen program dan peningkatan mutu	2,891,220,000	2,949,044,400	3,008,025,288	3,068,185,794	3,129,549,510	3,192,140,500
TOTAL DANA	5,294,120,000	5,490,002,400	5,687,802,448	5,887,558,497	6,089,309,667	6,293,095,860

BAB VI

MONITORING, EVALUASI DAN PENGUKURAN HASIL

A. Monitoring

Monitoring atau pemantauan adalah pengumpulan dan analisis data program yang dilaksanakan secara rutin, khususnya pada kegiatan implementasi program. Pengumpulan data ini berlangsung terus menerus, bisa harian, mingguan, bulanan, triwulanan, semesteran atau tahunan tergantung pada jenis data yang dikumpulkan. Monitoring dilakukan dengan membandingkan hasil dengan target yang telah ditetapkan agar kita dapat mengetahui apakah kita telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan yang kita rencanakan. Dengan demikian, monitoring dapat memberikan peringatan dini apabila timbul masalah di tengah implementasi program, agar dapat segera dilakukan tindakan koreksi. Monitoring bisa dilakukan dengan mengamati laporan yang masuk, baik dalam hal kualitas laporan dari kelengkapan, ketepatan waktu dan akurasi; maupun isi laporan tersebut yang menggambarkan hasil kegiatan program di lapangan. Monitoring bisa juga dilakukan dengan melakukan observasi dengan kunjungan kelapangan.

B. Evaluasi

Evaluasi memberikan informasi spesifik tentang kinerja, merupakan analisis mendalam yang menunjukkan apakah kita akan melanjutkan dengan kinerja seperti sekarang, ataukah harus ditingkatkan. Evaluasi memberikan informasi tentang seberapa efektifnya kegiatan yang telah dilaksanakan. Kadang-kadang monitoring juga bisa membawa kita ke evaluasi. Beberapa kegunaan evaluasi yang efektif adalah untuk membantu kita memahami apa yang sedang terjadi karena kadang-kadang data rutin menunjukkan kecenderungan yang kita tidak bisa mengartikan dengan baik. Untuk itulah kita sebaiknya melakukan evaluasi yang efektif.

C. Pengukuran Hasil Kegiatan

Memberikan informasi tentang keberhasilan kegiatan yang berdampak langsung pada Angka Insiden pneumonia dan diare dan Angka mortalitas pneumonia dan diare, yang meliputi :

- a. Jumlah Kematian Balita;
- b. Jumlah Kematian Balita - Akibat Pneumonia;
- c. Jumlah Kematian Balita - Akibat Diare;
- d. Jumlah Balita dengan Diare;
- e. Jumlah Balita dengan Diare Berat;
- f. Jumlah Balita dengan Pneumonia;
- g. Jumlah Balita dengan Pneumonia Berat; dan
- h. Jumlah Balita Stunting.

Selain indikator langsung diatas, keberhasilan upaya pencegahan pneumonia dan diare juga diukur melalui 3 indikator yaitu :

1. Indikator Treat (Pengobatan) yang meliputi :
 - a. Jumlah Balita *Suspect* Pneumonia;
 - b. Jumlah Balita Pneumonia ke fasilitas kesehatan;
 - c. Jumlah Balita Pneumonia mendapat antibiotik;
 - d. Jumlah Balita diare ke fasilitas kesehatan;
 - e. Jumlah Balita diare mendapat Oralit dan Zink;
 - f. Jumlah Bumil mendapat ARV profilaksis; dan
 - g. Jumlah Bayi dari Ibu dengan HIV mendapat ARV.
2. Indikator Prevent (Pencegahan) yang meliputi :
 - a. Cakupan Imunisasi rutin yang meliputi :
 - 1) Cakupan Imunisasi DPTHBHiB-3;
 - 2) Cakupan Imunisasi Rotavirus;
 - 3) Cakupan Imunisasi PCV; dan
 - 4) Cakupan Imunisasi Campak Rubella (MR).

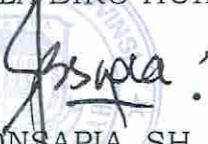
- b. Cakupan WASH (kesling) yang meliputi :
 - 1) Peningkatan akses untuk air minum;
 - 2) Fasilitas Hygiene sanitasi; dan
 - 3) Cuci Tangan Pakai Sabun.
- 3. Indikator Protect (Perlindungan) meliputi :
 - a. Jumlah Bayi <6 Bulan ASI Eksklusif;
 - b. Jumlah Balita Mendapatkan Suplementasi Vitamin A sebanyak 2 kali setahun;
 - c. Jumlah Bayi 12-15 Bulan yang mendapatkan ASI; dan
 - d. Jumlah Bayi umur 6-23 Bulan yang mendapatkan diet adekuat.

BAB VII PENUTUP

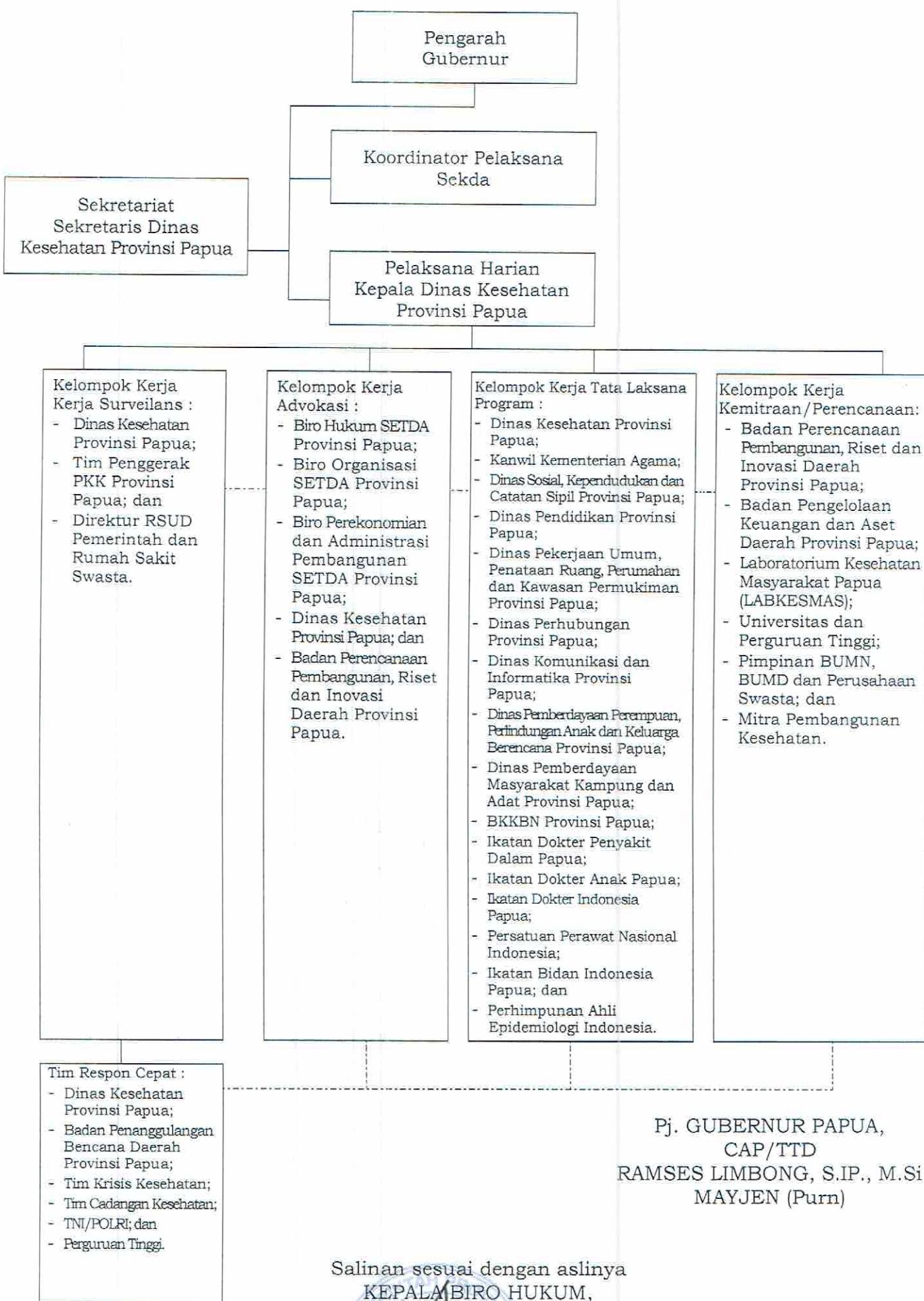
Rencana Aksi Daerah Penanggulangan pneumonia dan diare (RADPPD) ini merupakan salah satu upaya Pemerintah Provinsi Papua untuk memastikan bahwa multisektor dan seluruh pihak, baik pemerintah dan non pemerintah dapat berkontribusi dalam Pencegahan dan Pengendalian Pneumonia Diare di Provinsi Papua. Selain itu, Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Pneumonia Diare (RADPPD) merupakan dokumen dinamis yang mendukung implementasi serta penganggaran dan pembiayaan. Oleh karena itu, diharapkan seluruh *stakeholder* di Provinsi Papua, dapat menggunakan dokumen RAD ini, sebagai acuan dalam perencanaan dan penganggaran dalam rangka mewujudkan Provinsi Papua semakin sejahtera, mandiri, berakhhlak bersama rakyat, sesuai yang tertuang dalam Visi Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Papua Tahun 2021 – 2026 melalui misi peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya. Pencapaian indikator Pneumonia Diare juga menjadi salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan. Oleh karena itu, program Pneumonia Diare memerlukan kontribusi secara komprehensif dari berbagai pihak, baik lintas program maupun lintas sektor termasuk LSM dan organisasi profesi. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Pneumonia Diare (RADPPD) Provinsi Papua Tahun 2025-2030 dapat menjadi pedoman konkret dan terukur untuk mempercepat pencapaian tujuan eliminasi Pneumonia Diare di Provinsi Papua.

Pj. GUBERNUR PAPUA,
CAP/TTD
RAMSES LIMBONG, S.I.P., M.Si
MAYJEN (Purn)

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

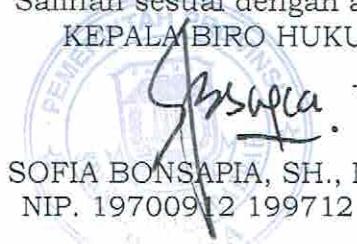

SOFIA BONSAPIA, SH., M.Hum
NIP. 19700912 199712 2 001

STRUKTUR KEANGGOTAAN TIM PERCEPATAN PENANGGULANGAN PNEUMONIA DAN DIARE/TP3D



Pj. GUBERNUR PAPUA,
CAP/TTD
RAMSES LIMBONG, S.I.P., M.Si
MAYJEN (Purn)

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,



SOFIA BONAPIA, SH., M.Hum
NIP. 19700912 199712 2 001

FORMAT TABEL MONITORING DAN EVALUASI

. ANGKA INSIDEN DAN ANGKA MORALITAS PNEUMONIA DAN DIARE.

NO	KABUPATEN/KOTA	INDIKATOR						
		JUMLAH KEMATIAN BALITA	JUMLAH KEMATIAN BALITA AKIBAT PNEUMONIA	JUMLAH KEMATIAN BALITA AKIBAT DIARE	JUMLAH BALITA DENGAN DIARE DENGAN DIARE BERAT	JUMLAH BALITA DENGAN PNEUMONIA	JUMLAH BALITA DENGAN PNEUMONIA BERAT	JUMLAH BALITA STUNTING
1	Jayapura							
2	Kepulauan Yapen							
3	Biak Numfor							
4	Sarmi							
5	Keerom							
6	Waropen							
7	Supiori							
8	Mamberamo Raya							
9	Kota Jayapura							
	Total Provinsi							

. INDIKATOR PROTEK ATAU PERLINDUNGAN

NO	KABUPATEN/KOTA	INDIKATOR			
		JUMLAH BAYI < 6 BULAN ASI EKSLUSIF	JUMLAH BALITA MENDAPATKAN SUPLEMENTASI VITAMIN A SEBANYAK 2 KALI SETAHUN	JUMLAH BAYI 12 -15 BULAN YANG MENDAPATKAN ASI	JUMLAH BAYI UMUR 6-23 BULAN YANG MENDAPATKAN DIET ADEKUAT
1	Jayapura				
2	Kepulauan Yapen				
3	Biak Numfor				
4	Sarmi				
5	Keerom				
6	Waropen				
7	Supiori				
8	Mamberamo Raya				
9	Kota Jayapura				
	Total Provinsi				

C. INDIKATOR PENCEGAHAN

NO	KABUPATEN/KOTA	INDIKATOR						
		CAKUPAN IMUNISASI RUTIN YANG MELIPUTI				CAKUPAN WASH (KESLING) YANG MELIPUTI		
		CAKUPAN IMUNISASI DPTHBHIB-3	CAKUPAN IMUNISASI ROTAVIRUS	CAKUPAN IMUNISASI PCV	CAKUPAN IMUNISASI CAMPAK RUBELA (MR)	PENINGKATAN AKSES UNTUK AIR MINUM	FASILITAS HYGIENE SANITASI	CUCI TANGAN PAKAI SABUN
1	Jayapura							
2	Kepulauan Yapen							
3	Biak Numfor							
4	Sarmi							
5	Keerom							
6	Waropen							
7	Supiori							
8	Mamberamo Raya							
9	Kota Jayapura							
	Total Provinsi							

D. INDIKATOR PENATALAKSAAN PNEUMONIA DAN DIARE

NO	KABUPATEN/KOTA	INDIKATOR						
		JUMLAH BALITA SUSPECT PNEUMONIA	JUMLAH BALITA PNEUMONIA KE FASILITAS KESEHATAN	JUMLAH BALITA PNEUMONIA MENDAPAT ANTIBIOTIK	JUMLAH BALITA DIARE KE FASILITAS	JUMLAH BALITA DIARE MENDAPAT ORALIT DAN ZINK	JUMLAH BUMIL MENDAPAT ARV PROFILAKSIS	JUMLAH BAYI DARI IBU DENGAN HIV MENDAPAT ARV
1	Jayapura							
2	Kepulauan Yapen							
3	Biak Numfor							
4	Sarmi							
5	Keerom							
6	Waropen							
7	Supiori							
8	Mamberamo Raya							
9	Kota Jayapura							
	Total Provinsi							

PJ. GUBERNUR PAPUA,
CAP/TTD
RAMSES LIMBONG, S.I.P., M.Si
MAYJEN (Purn)

