



PROFIL KESEHATAN

PROVINSI JAMBI 2025

NO REKOMENDASI :

K-25.1500.013



dinkes.jambiprov.go.id 

[dinkes_prov_jambi](https://www.instagram.com/dinkes_prov_jambi) 

Dinkes Provinsi Jambi 

TIM PENYUSUN

Pengarah

Dr. Hj. Ike Silviana, MKM., Sp. KKLP., FISQua
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jambi

Penasehat

Ns. H. Muhammad Syafrizal, M. Kep
Sekretaris Dinas Kesehatan Provinsi Jambi

Ketua

MHD. Darwis Rambe, SKM., MPH
Kasubbag Program dan Data

Sekretaris

Rosmita Alisanti, SKM., MKM

Anggota

Rosmita Alisanti, SKM., MKM; Arnalia Devi, SKM, M. Si; Nini Nisnaini, SKM;
Mahpuziati, SKM; Heriyantomi, AM.Kep; Ns. Try Putra Abdi. MK, S.Kep;
Fazoly Hamzah Yusuf, S. Kom; Ersya Nabella Utari.AM, S.Psi;
Rini, SKM; Dwi Apriansyah

Kontributor

BPS Provinsi Jambi; BKKBN Provinsi Jambi, Dinkes Kabupaten/Kota; Sekretariat
Dinas Kesehatan; Bidang Sumber Daya Kesehatan; Bidang Pelayanan Kesehatan;
Bidang Penanggulangan Penyakit; dan Bidang Kesehatan Masyarakat

KATA PENGANTAR

Profil Kesehatan Provinsi Jambi 2025 merupakan upaya dalam pemenuhan hak masyarakat terhadap akses informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab.

Profil Kesehatan Provinsi Jambi menyajikan gambaran nasional, perbandingan antar kabupaten/kota, serta tren dari tahun ke tahun. Profil Kesehatan ini disusun berdasarkan data rutin maupun data survei dari bidang di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta institusi lain terkait seperti Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jambi dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Provinsi Jambi.

Dalam kegiatan penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Jambi, Subbag Program dan Data Dinas Kesehatan Provinsi Jambi memiliki peran sebagai koordinator penyusun profil dan bekerja berdampingan dengan program di lingkungan Dinas Kesehatan. Data dan Informasi yang disajikan pada Profil Kesehatan ini meliputi situasi demografi, fasilitas pelayanan kesehatan dan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK), pembiayaan kesehatan, kesehatan keluarga, pengendalian penyakit, dan kesehatan lingkungan.

Kami sampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Jambi 2025 ini. Kritik dan saran kami harapkan sebagai penyempurnaan di masa yang akan datang.

Jambi, Juli 2026

Tim Penyusun

KATA SAMBUTAN
KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI JAMBI

Segala puji kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas terbitnya **“Profil Kesehatan Provinsi Jambi 2025”**.

Profil Kesehatan Provinsi Jambi terbit setiap tahun sebagai publikasi data dan informasi kesehatan yang komprehensif, diharapkan dapat menyediakan data dan informasi akurat sekaligus menjadi parameter keberhasilan pembangunan kesehatan dari tahun ke tahun. Melalui profil ini juga tergambar keberhasilan pembangunan kesehatan yang telah dicapai sampai dengan tahun 2025.

Profil Kesehatan Provinsi Jambi 2025 diharapkan dapat memberikan akses informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab bagi jajaran pemerintah maupun masyarakat. Semoga dengan terbitnya Profil Kesehatan Provinsi Jambi 2025 ini dapat mendukung perencanaan dan pengambilan keputusan disetiap proses manajemen kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah.

Para pengelola data, baik di provinsi maupun kabupaten/kota dan puskesmas diharapkan akan selalu berupaya meningkatkan kualitas data termasuk ketepatan waktu, kelengkapan, dan konsistensi data yang dipublikasikan.

Akhir kata, saya sampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Jambi 2025.

Jambi, Juli 2026

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jambi



Dr. Hj. Ike Silviana, MKM., Sp. KKLP., FISQua
NIP. 19731222 200112 2 001

DAFTAR GAMBAR

BAB 1. DEMOGRAFI

Gambar 1.1	Proporsi Penduduk Provinsi Jambi Menurut Jenis Kelamin tahun 2025.....	1
Gambar 1.2	Jumlah Penduduk Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	2
Gambar 1.3	Piramida Penduduk Provinsi Jambi Tahun 2025.....	3
Gambar 1.4	Pertumbuhan Ekonomi Provinsi Jambi Tahun 2020-2025.....	5
Gambar 1.5	Persentase Penduduk Miskin Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025	6
Gambar 1.6	Persentase Rata-Rata Pengeluaran Per Kapita Per Bulan di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	7
Gambar 1.7	Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	10
Gambar 1.8	Rata-Rata Lama Sekolah Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas di Provinsi Jambi Tahun 2020-2025.....	10
Gambar 1.9	Rata-Rata Lama Sekolah Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	11
Gambar 1.10	Persentase Angka Partisipasi Sekolah di Provinsi Jambi Tahun 2022-2025.....	12
Gambar 1.11	Persentase Angka Partipasi Kasar di Provinsi Jambi Tahun 2022-2025....	13

BAB 2. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM

Gambar 2.1	Jumlah Puskesmas di Provinsi Jambi Tahun 2021-2025.....	17
Gambar 2.2	Rasio Puskesmas Per Kecamatan di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	18
Gambar 2.3	Jumlah Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap di Provinsi Jambi Tahun 2021-2025.....	21
Gambar 2.4	Persentase Puskesmas Dengan 9 (Sembilan) Jenis Tenaga Kesehatan Sesuai Standar Menurut di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	22
Gambar 2.5	Persentase Pekerja Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Kerja Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	23
Gambar 2.6	Persentase Tempat Kerja Formal Melaksanakan Kesehatan Kerja Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	24
Gambar 2.7	Persentase Fasyankes Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Penyakit Akibat Kerja (PAK) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	26
Gambar 2.6	Persentase Tempat Kerja Formal Melaksanakan Kesehatan Kerja Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	24

BAB 3. SDM KESEHATAN

Gambar 3.1	Proporsi Tenaga Medis di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	39
------------	---	----

Gambar 3.2	Puskesmas Lengkap 9 Jenis Tenaga di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	41
------------	--	----

BAB 4. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Gambar 4.1	Alokasi dan Realisasi Anggaran Dinas Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2018-2025.....	49
Gambar 4.2	Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia Menurut Provinsi Tahun 2025.....	55

BAB 5. KESEHATAN KELUARGA

Gambar 5.1	Angka Kematian Ibu di Indonesia Per 100.000 Kelahiran Hidup Tahun 1991 – 2025.....	58
Gambar 5.2	Jumlah Kematian Ibu dan Estimasi Angka Kematian Ibu di Provinsi Jambi Tahun 2016 – 2025.....	58
Gambar 5.3	Jumlah Kematian Ibu Menurut Penyebab di Provinsi Jambi Tahun 2025...	59
Gambar 5.4	Jumlah Kematian Ibu Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	59
Gambar 5.5	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil K1 dan K6 di Provinsi Jambi Tahun 2022-2025.....	61
Gambar 5.6	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil K1 dan K6 Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	62
Gambar 5.7	Cakupan Imunisasi Td1-Td5 Pada Ibu Hamil di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	64
Gambar 5.8	Cakupan Imunisasi Td2+ Pada Ibu Hamil Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	64
Gambar 5.9	Cakupan Ibu Hamil Mengonsumsi 180 Tablet Tambah Darah (TTD) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025	65
Gambar 5.10	Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	67
Gambar 5.11	Cakupan Kunjungan Nifas Lengkap Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	68
Gambar 5.12	Persentase Pasangan Usia Subur (PUS) Peserta KB Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	70
Gambar 5.13	Pasangan Usia Subur (PUS) Peserta KB Modern Menurut Metode Kontrasepsi di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	70
Gambar 5.14	Jumlah PUS Peserta KB Modern Menurut Tempat Pelayanan di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	71
Gambar 5.15	Presentase Ibu Hamil Yang Positif HIV Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	72
Gambar 5.16	Persentase Ibu Hamil Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	73
Gambar 5.17	Persentase Ibu Hamil HBsAg Reaktif Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	74

Gambar 5.18	Jumlah Kematian Balita (0 – 59 Bulan) Menurut Kelompok Umur di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	75
Gambar 5.19	Proporsi Penyebab Kematian Neonatal (0-28 Hari) di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	75
Gambar 5.20	Proporsi Penyebab Kematian Anak Balita (12-59 Bulan) di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	76
Gambar 5.21	Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	77
Gambar 5.22	Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) dan KN Lengkap di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025.....	78
Gambar 5.23	Cakupan Kunjungan Neonatal 3 Kali (KN Lengkap) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	79
Gambar 5.24	Balita Memiliki Buku KIA Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	80
Gambar 5.25	Balita Dipantau Pertumbuhan dan Perkembangan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	81
Gambar 5.26	Balita Dilayani SDIDTK Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	82
Gambar 5.27	Balita Dilayani MTBS Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	82
Gambar 5.28	Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025.....	84
Gambar 5.29	Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	85
Gambar 5.30	Angka Drop Out (DO) Imunisasi Pada Bayi di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	87
Gambar 5.31	Cakupan Imunisasi Lanjutan Dpt-Hb-Hib4 dan Campak Rubela 2 Pada Anak Baduta Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	88
Gambar 5.32	Cakupan Imunisasi Anak Sekolah di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	89
Gambar 5.33	Cakupan Sekolah SD/MI Yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Peserta Didik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	90
Gambar 5.34	Cakupan Peserta Didik SMP/MTS Yang Mendapat Pemeriksaan Kesehatan Gratis Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	91
Gambar 5.35	Cakupan Cakupan Peserta Didik SMA/MA yang Mendapat Pemeriksaan Kesehatan Gratis Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	91
Gambar 5.36	Persentase <i>Underweight</i> pada Balita 0-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	93
Gambar 5.37	Persentase Berat Badan Sangat Kurang Dan Berat Badan Kurang (<i>underweight</i>) pada Baduta 0-23 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	95
Gambar 5.38	Persentase <i>Stunting</i> pada Balita 0-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	95
Gambar 5.39	Persentase Sangat Pendek dan Pendek pada Baduta 0-23 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	95

Gambar 5.40	Persentase <i>Wasting</i> pada Balita 0-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	96
Gambar 5.41	Persentase Gizi Buruk dan Gizi Kurang pada Baduta 0-23 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	96
Gambar 5.42	Prevalensi Sangat Pendek dan Pendek (<i>Stunting</i>) dan Gizi Buruk dan Gizi Kurang (<i>Wasting</i>) Pada Balita 0-59 Bulan di Indonesia Tahun 2013-2025.....	97
Gambar 5.43	Prevalensi Sangat Pendek dan Pendek (TB/U)/ <i>Stunting</i> pada Balita Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2023-2024.....	98
Gambar 5.44	Cakupan Bayi Baru Lahir Mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	99
Gambar 5.45	Cakupan Bayi Mendapat ASI Eksklusif Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	100
Gambar 5.46	Persentase Rerata Balita Ditimbang Per Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	101
Gambar 5.47	Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Pada Balita (6-59 Bulan) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	102
Gambar 5.48	Cakupan Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Remaja Putri Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	103
Gambar 5.49	Cakupan Ibu hamil KEK Mendapat Makanan Tambahan (MT) Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	105
Gambar 5.50	Cakupan Balita Gizi Kurang Mendapat Makanan Tambahan Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	105

BAB 6. PENGENDALIAN PENYAKIT

Gambar 6.1	Proporsi Kasus Tuberkulosis Menurut Kelompok Umur di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	107
Gambar 6.2	<i>Treatment Coverage</i> (TC) di Provinsi Jambi Tahun 2020-2025.....	108
Gambar 6.3	<i>Treatment Coverage</i> (TC) Menurut kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	108
Gambar 6.4	Angka Keberhasilan Pengobatan Pasien Tuberkulosis di Provinsi Jambi Tahun 2020-2025.....	109
Gambar 6.5	Angka Keberhasilan Pengobatan Pasien Tuberkulosis Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	109
Gambar 6.6	Jumlah Kasus HIV Positif dan AIDS yang Dilaporkan di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025.....	110
Gambar 6.7	Proporsi Kasus HIV Positif dan AIDS Menurut Jenis Kelamin di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	111
Gambar 6.8	Persentase Kasus HIV Positif dan AIDS Menurut Kelompok Umur di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	111
Gambar 6.9	Cakupan Penemuan Pneumonia Pada Balita (%) di Provinsi Jambi Tahun 2019 - 2025.....	112
Gambar 6.10	Cakupan Penemuan Pneumonia Pada Balita (%) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	113
Gambar 6.11	Cakupan Pelayanan Penderita Diare Balita (%) Menurut Kabupaten/Kota	

	di Provinsi Tahun 2025.....	115
Gambar 6.12	Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru Kusta (NCDR) Tahun 2019-2025.....	117
Gambar 6.13	Angka Cacat Tingkat 2 Penderita Kusta Baru Per 1.000.000 Penduduk Tahun 2019-2025.....	117
Gambar 6.14	Angka Cacat Tingkat 2 Kusta Per 1.000.000 Penduduk Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	118
Gambar 6.15	Proporsi Kusta MB dan Proporsi Kusta Pada Anak Tahun 2019-2025.....	118
Gambar 6.16	Jumlah Kasus Suspek Campak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	123
Gambar 6.17	Non Polio <i>AFP Rate</i> Per 100.000 Penduduk < 15 Tahun Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	127
Gambar 6.18	<i>Incidence Rate</i> Per 100.000 Penduduk Demam Berdarah Dengue Tahun 2019-2025.....	129
Gambar 6.19	Angka Kesakitan (<i>Incidence Rate/IR</i>) Demam Berdarah Dengue (DBD) Per 100.000 Penduduk Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	129
Gambar 6.20	<i>Case Fatality Rate</i> (%) Demam Berdarah Dengue Tahun 2019-2025.....	130
Gambar 6.21	<i>Case Fatality Rate</i> Demam Berdarah Dengue Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	130
Gambar 6.22	Jumlah Kasus Kronis Filariasis Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	132
Gambar 6.23	Angka Kesakitan Malaria (<i>Annual Paracite Incidence /API</i>) Per 1.000 Penduduk di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025.....	134
Gambar 6.24	Angka Kesakitan Malaria (<i>Annual Paracite Incidence /API</i>) Per 1.000 Penduduk Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	135
Gambar 6.25	Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Layanan UBM di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	140
Gambar 6.26	Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim (IVA) Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	141
Gambar 6.27	Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker Payudara (SADANIS) Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	142

BAB 7. KESEHATAN LINGKUNGAN

Gambar 7.1	Persentase Sarana Air Minum yang Diawasi/Diperiksa Kualitas Air Minumnya Sesuai Standar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	152
Gambar 7.2	Persentase Sarana Air Minum yang Diawasi/Diperiksa Kualitas Air Minumnya Sesuai Standar (Aman) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	153
Gambar 7.3	Persentase Keluarga Dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi Yang Layak (Jamban Sehat) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	154
Gambar 7.4	Persentase Desa/Kelurahan Melaksanakan STBM Menurut Kabupaten/	

	Kota Tahun 2025.....	156
Gambar 7.5	Persentase Kepala Keluarga (KK) Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) Menurut Kabupaten/ Kota Tahun 2025.....	157
Gambar 7.6	Persentase Desa/Kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) Menurut Kabupaten/ Kota Tahun 2025.....	158
Gambar 7.7	Persentase Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang Dilakukan Pengawasan Sesuai Standar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	161
Gambar 7.8	Persentase Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) Yang Memenuhi Syarat Sesuai Standar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	163

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	4
Tabel 1.2	Penduduk Usia 15 Tahun ke Atas Menurut Jenis Kegiatan Utama di Provinsi Jambi Tahun 2022-2025.....	9
Tabel 1.3	Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Jambi Tahun 2021-2025.....	14
Tabel 1.4	Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Jambi dan Dimensi Penyusunannya Tahun 2021-2025.....	14
Tabel 1.5	Umur Harapan Hidup Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2021-2025.....	15
Tabel 2.1	Pola 10 Penyakit Terbanyak di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	19
Tabel 2.2	Persyaratan Penetapan Kelulusan Status Akreditasi Puskesmas.....	20
Tabel 2.3	Jumlah Pos UKK Yang Terbentuk di Tempat Kerja Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	25
Tabel 2.4	Persentase Kabupaten/Kota Yang Menggerakkan Masyarakat Melakukan Aktivitas Fisik Sesuai Standar di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	26
Tabel 2.5	Puskesmas Dengan Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri (Asman) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	27
Tabel 2.6	Jumlah Klinik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	28
Tabel 2.7	Rumah Sakit Menurut Kepemilikan dan Berdasarkan Jenis Pelayanan per Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	30
Tabel 2.8	Rumah Sakit Menurut Kelas di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	31
Tabel 2.9	Rasio Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit per 1.000 Penduduk Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	32
Tabel 2.10	Status Akreditasi Rumah Sakit Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	33
Tabel 2.11	Persentase Puskesmas Dengan Ketersediaan Obat Esensial di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	35
Tabel 3.1	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Berdasarkan Fasilitas Kesehatan di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	39
Tabel 3.2	Pemenuhan 9 Jenis Tenaga Berdasarkan Puskesmas Per Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	40
Tabel 3.3	Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan dan Tipe RS di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	42
Tabel 3.4	Pemenuhan Dokter Spesialis 4 Dasar dan 3 Penunjang di Rumah Sakit Pemerintah dan TNI/POLRI Tipe C Provinsi di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	43
Tabel 3.5	Tenaga Kesehatan Nusantara Sehat Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	44
Tabel 3.6	Tenaga Kesehatan Kontrak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	44
Tabel 3.7	Tenaga Medis (Named) Dokter Internsip Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	45
Tabel 3.8	Penempatan Tenaga Kesehatan Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	46
Tabel 4.1	Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik Bidang Kesehatan Menurut Kab/ Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	50
Tabel 4.2	Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Bidang Kesehatan Menurut Kabupaten / Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	51
Tabel 4.3	Total Belanja Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2025.....	53
Tabel 4.4	Alokasi Masyarakat Mendapat Jaminan Kesehatan Tahun 2025.....	56

Tabel 6.1	Evaluasi Pelaksanaan POPM Filariasis di Provinsi Jambi.....	133
Tabel 6.2	Jumlah Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR) dan Rabies Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2021 – 2025.....	136
Tabel 6.3	Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	140
Tabel 6.4	Jumlah Kejadian Krisis Kesehatan Akibat Bencana di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025.....	147
Tabel 7.1	Persentase Desa/Kelurahan 5 Pilar STBM Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	166
Tabel 7.2	Kabupaten/Kota Yang Menyelenggarakan KKS di Provinsi Jambi Tahun 2025.....	172

DAFTAR ISI

Tim Penyusun.....	i
Kata Pengantar.....	ii
Kata Sambutan.....	iii
Daftar Gambar.....	iv
Daftar Tabel.....	x
Daftar Isi.....	xii
 BAB 1. DEMOGRAFI.....	 1
A. KEADAAN PENDUDUK.....	1
B. KEADAAN EKONOMI.....	4
C. KEADAAN PENDIDIKAN.....	10
D. INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA (IPM).....	13
 BAB 2. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM.....	 16
A. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT.....	17
1. Akreditasi Puskesmas.....	19
2. Perkembangan Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap.....	21
3. Puskesmas dengan Tenaga Kesehatan.....	22
4. Pelaksanaan Kesehatan Kerja dan Olahraga.....	22
5. Pelayanan Kesehatan Tradisional.....	27
B. KLINIK, PRAKTIK PERSEORANGAN, UNIT TRANSFUSI DARAH, DAN LABORATORIUM.....	 28
1. Klinik.....	28
2. Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi.....	29
3. Unit Transfusi Darah.....	29
C. LABORATORIUM KESEHATAN.....	29
D. RUMAH SAKIT.....	30
1. Jenis Rumah Sakit.....	30
2. Tipe Rumah Sakit.....	31
3. Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit.....	32
4. Akreditasi Rumah Sakit.....	32
5. Rekam Medis Elektronik (RME) Rumah Sakit.....	33
E. KETERSEDIAAN OBAT DAN VAKSIN IRL (IMUNISASI RUTIN LENGKAP	35
1. Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial dan Vaksin IRL.....	35
F. SARANA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN.....	36

1. Sarana Produksi dan Distribusi Bidang Kefarmasian dan Alat Kesehatan.....	36
G. UPAYA KESEHATAN DAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT (UKBM).....	35
1. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).....	36
BAB 3. SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN.....	38
A. JUMLAH TENAGA KESEHATAN.....	37
1. Tenaga Kesehatan di Puskesmas.....	40
2. Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit.....	41
B. PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN.....	43
1. Tenaga Kesehatan Nusantara Sehat.....	43
2. Tenaga Kesehatan Kontrak.....	44
3. Program Internsip Dokter.....	45
4. Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS).....	46
BAB 4. PEMBIAYAAN KESEHATAN.....	48
A. ANGGARAN KESEHATAN PROVINSI JAMBI	48
B. DANA ALOKASI KHUSUS BIDANG KESEHATAN TA. 2025.....	49
C. BELANJA KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN.....	51
1. Total Belanja Kesehatan Indonesia/ <i>Total Health Expenditure (THE)</i> ...	52
2. Jaminan Kesehatan.....	53
BAB 5. KESEHATAN KELUARGA.....	57
A. KESEHATAN IBU.....	57
1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil.....	60
2. Pelayanan Imunisasi Tetanus Difteri bagi Wanita Usia Subur (WUS)..	63
3. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil.....	65
4. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin.....	66
5. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas.....	67
6. Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).....	68
7. Pelayanan Kontrasepsi.....	69
8. Pemeriksaan HIV dan Hepatitis B pada Ibu Hamil.....	72
a. HIV.....	72
b. Hepatitis B.....	72
B. KESEHATAN ANAK.....	74
1. Pelayanan Kesehatan Neonatal.....	76
2. Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita, dan Prasekolah.....	79
3. Imunisasi.....	83
a. Imunisasi Dasar pada Bayi.....	83

b. Angka <i>Drop Out</i> Cakupan Imunisasi DPT/HB/HiB1-Campak.....	85
c. Desa/Kelurahan <i>Universal Child Immunization</i> (UCI).....	87
d. Persentase Kabupaten/Kota yang Mencapai 80% Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi.....	88
e. Imunisasi Lanjutan pada Anak Baduta.....	87
f. Imunisasi Anak Sekolah.....	88
4. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah.....	89
C. GIZI.....	92
1. Status Gizi Balita.....	92
D. UPAYA PENCEGAHAN DAN PENANGANAN MASALAH GIZI.....	98
a. Inisiasi Menyusu Dini dan Pemberian ASI Eksklusif	99
b. Penimbangan Balita.....	100
c. Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Balita Usia 6-59 Bulan.....	101
d. Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri.....	102
e. Pemberian Makanan Tambahan pada Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang.....	103
BAB 6. PENGENDALIAN PENYAKIT.....	106
A. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG.....	106
1. Tuberkulosis.....	106
a. Kasus Tuberkulosis Ditemukan.....	106
b. Cakupan Penemuan dan Pengobatan Kasus Tuberkulosis (<i>Treatment Coverage/TC</i>).....	108
c. Angka Keberhasilan Pengobatan (<i>Treatment Success Rate/TSR</i>).....	109
2. HIV dan AIDS.....	110
3. Pneumonia.....	112
4. Hepatitis.....	113
5. Diare.....	115
a. Cakupan Pelayanan Penderita Diare.....	115
b. Penggunaan Oralit dan Zinc.....	116
6. Kusta.....	116
a. Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru.....	116
b. Angka Cacat Tingkat 2.....	117
c. Proporsi Kusta Multibasiler (MB) dan proporsi Kusta Baru pada Anak.....	118
7. Coronavirus Disease (COVID-19).....	119
B. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I).....	121
1. Tetanus Neonatorum.....	122
2. Campak.....	123
3. Difteri.....	124
4. Polio dan <i>Acute Flaccid Paralysis</i> (AFP) Lumpuh Layu Akut.....	125
C. PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZOONOSIS.....	130
1. Demam Berdarah Dengue (DBD).....	130
a. Kesakitan dan Kematian Akibat DBD.....	130
b. Penyelidikan Epidemiologi (PE) pada Dengue.....	131
c. Pengendalian Faktor Risiko DBD.....	131
2. Filiriasis.....	132

3. Malaria.....	134
a. Angka Kesakitan Malaria.....	134
b. Pengobatan Malaria.....	135
4. Rabies.....	136
D. PENYAKIT TIDAK MENULAR.....	137
1. Jumlah Kabupaten/Kota Melakukan Pelayanan Terpadu (PANDU) PTM di > 80% Puskesmas.....	138
2. Pengendalian Konsumsi Tembakau.....	139
3. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Payudara.....	141
4. Deteksi Dini Gangguan Indera.....	142
E. KESEHATAN JIWA DAN NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA, DAN ZAT ADIKTIF LAINNYA (NAPZA).....	143
1. Jumlah Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Deteksi Dini Masalah Kesehatan Jiwa dan Penyalahgunaan NAPZA.....	143
2. Penyalahgunaan NAPZA yang Mendapatkan Pelayanan Rehabilitasi Medis.....	144
3. Pelayanan Kesehatan Jiwa.....	144
a. Persentase Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat yang Mendapatkan Layanan.....	144
b. Persentase Penderita Depresi pada Penduduk 15 Tahun ke atas yang Mendapatkan Layanan.....	145
c. Persentase Gangguan Mental Emosional pada Penduduk di atas 15 tahun yang Mendapatkan Layanan.....	146
F. DAMPAK KESEHATAN AKIBAT BENCANA.....	146
G. PELAYANAN KESEHATAN HAJI.....	148
1. Pemeriksaan Kesehatan Jemaah Haji.....	148
BAB 7. KESEHATAN LINGKUNGAN.....	150
A. AIR MINUM.....	151
B. AKSES SANITASI LAYAK.....	153
C. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM).....	155
D. TEMPAT DAN FASILITAS UMUM (TFU) YANG DILAKUKAN PENGAWASAN SESUAI STANDAR.....	159
E. TEMPAT PENGELOLAAN PANGAN (TPP).....	161
F. KABUPATEN/KOTA SEHAT.....	163

DAFTAR LAMPIRAN TABEL

No Tabel	Judul Tabel
Lampiran Tabel 1	Luas Wilayah, Jumlah Desa/Kelurahan, Jumlah Penduduk, Jumlah Rumah Tangga dan Kepadatan Penduduk Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 2	Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin, Kelompok Umur, Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 3	Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas Yang Melek Huruf dan Ijazah Tertinggi Yang Diperoleh Menurut Jenis Kelamin Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 4	Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Menurut Kepemilikan Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 5	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan, Rawat Inap, dan Kunjungan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan, Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 6	Kematian Pasien di Rumah Sakit, Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 7	Indikator Kinerja Pelayanan di Rumah Sakit, Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 8	10 Penyakit Terbanyak Pada Pasien Rawat Jalan Menurut BAB ICD-X di Rumah Sakit Provinsi Jambi Tahun 2025. .
Lampiran Tabel 9	10 Penyakit Terbanyak Pada Pasien Rawat Inap Menurut BAB ICD-X di Rumah Sakit Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 10	10 Penyakit dengan Fatalitas Terbesar pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 11	Persentase Puskesmas Dengan Ketersediaan Obat Esensial dan Vaksin IRL (Imunisasi Rutin Lengkap) Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 12	Jumlah Posyandu Siklus Hidup Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 13	Jumlah Tenaga Medis di Fasilitas Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 14	Jumlah Tenaga Keperawatan dan Tenaga Kebidanan di Fasilitas Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 15	Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Lingkungan, dan Gizi di Fasilitas Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 16	Jumlah Tenaga Kefarmasian, Tenaga Psikologis Klinis, dan Tenaga Kesehatan Tradisional Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 17	Jumlah Tenaga Teknik Biomedika, Keterampilan Fisik, dan Keteknisian Medik di Fasilitas kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 18	Jumlah Tenaga Penunjang/Pendukung Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 19	Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Menurut Jenis Kepesertaan Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 20	Alokasi Anggaran Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 21	Jumlah Kelahiran Menurut Jenis Kelamin Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 24	Jumlah Kematian Ibu Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.

Lampiran Tabel 25	Jumlah Kematian Ibu Menurut Penyebab Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 26	Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Ibu Hamil, Ibu Bersalin, dan Ibu Nifas Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 27	Cakupan Imunisasi Td Pada Wanita Usia Subur (Ibu Hamil) Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 28	Cakupan Ibu Hamil dan Remaja Putri Mengonsumsi Suplementasi Gizi Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 29	Cakupan Peserta KB Aktif Metode Modern Menurut Jenis Kontrasepsi, dan Peserta KB Aktif Mengalami Efek Samping, Komplikasi Kegagalan dan <i>Drop Out</i> Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 30	Pasangan Usia Subur (PUS) Dengan Status 4 Terlalu (4t) Dan Alki Yang Menjadi Peserta KB Aktif Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 31	Cakupan dan Proporsi Peserta KB Pasca Persalinan Menurut Jenis Kontrasepsi, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 32	Persentase Komplikasi Kebidanan Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 33	Jumlah dan Persentase Komplikasi Neonatal Menurut Jenis Kelamin Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 35	Jumlah Kematian Neonatal, Post Neonatal, Bayi, dan Balita Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 36	Jumlah Kematian Neonatal Menurut Penyebab Utama, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 37	Jumlah Kematian Anak Balita Menurut Penyebab Utama, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 38	Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Prematur Menurut Jenis Kelamin, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi 2025.
Lampiran Tabel 39	Cakupan Kunjungan Neonatal Menurut Jenis Kelamin, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi 2025.
Lampiran Tabel 40	Bayi Baru Lahir Mendapat IMD* dan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi < 6 Bulan, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi 2025.
Lampiran Tabel 41	Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen Menurut Jenis Kelamin, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 42	Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen Menurut Jenis Kelamin, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 43	Cakupan Imunisasi Dpt-Hb-Hib 3, Polio 4*, MR1 dan Imunisasi Bayi Lengkap Menurut Jenis Kelamin, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 44	Cakupan Imunisasi Antigen Baru Menurut Jenis Kelamin, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 45	Cakupan Imunisasi Lanjutan DPT-HB-Hib 4 dan Campak Rubela 2 pada Anak Usia dibawah Dua Tahun (BADUTA) Menurut Jenis Kelamin, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 46	Cakupan Pemberian Vitamin A pada Balita Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 47	Cakupan Pelayanan Kesehatan Balita Menurut Jenis Kelamin Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 48	Jumlah Balita Ditimbang Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.

Lampiran Tabel 49	Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks BB/U, TB/U, dan Tata Laksana Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 50	Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis Peserta Didik SD/MI, SMP/MTS, SMA/MA Serta Usia Pendidikan Dasar Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 51	Cakupan Iminisasi Anak Usia Sekolah Dasar/Sederajat Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 52	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 53	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Anak SD dan Setingkat Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 54	Pelayanan Kesehatan Usia Produktif Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 55	Calon Pengantin (Catin) Mendapatkan Layanan Kesehatan Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 56	Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 57	Puskesmas yang Melaksanakan Kegiatan Pelayanan Kesehatan Keluarga Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 58	Cakupan Ibu Hamil Mengikuti Kelas Ibu Hamil Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 59	Jumlah Terduga Tuberkulosis, Kasus Tuberkulosis, Kasus Tuberkulosis Sensitif Obat (SO) yang Memulai Pengobatan, Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota dan Fasyankes Lainnya Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 60	Angka Kesembuhan dan Pengobatan Lengkap Serta Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat (SO) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 61	Penemuan Kasus Pneumonia Balita Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 62	Jumlah Kasus HIV Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 63	Presentase ODHIV Baru Mendapatkan Pengobatan Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 64	Kasus Daire yang Dilayani Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 65	Deteksi Dini Hepatitis B Pada Ibu Hamil Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 66	Jumlah Bayi yang Lahir dari Ibu Reaktif HbsAg dan Mendapatkan HBIG Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 67	Kasus Baru Kusta Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 68	Kasus Baru Kusta Cacat Tingkat 0, Cacat Tingkat 1, Cacat Tingkat 2, Penderita Kusta Anak <15 Tahun, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 69	Jumlah Kasus Terdaftar dan Angka Prevalensi Penyakit Kusta Menurut Tipe/Jenis, Usia, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 70	Penderita Kusta Selesai Berobat (<i>Release From Treatment / RFT</i>) Menurut Tipe, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 71	Jumlah Kasus AFP (Non Polio) Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.

Lampiran Tabel 72	Jumlah Kasus Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 73	Kejadian Luar Biasa (KLB) di Desa/Kelurahan yang Ditangani <24 Jam Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 74	Jumlah Penderita dan Kematian pada KLB Menurut Jenis Kejadian Luar Biasa (KLB) Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 75	Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kkota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 76	Kesakitan dan Kematian Akibat Malaria Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 77	Penderita Kronis Filariasis Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 78	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 79	Persentase Diabetes Melitus dalam Pengendalian Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 80	Cakupan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dengan Metode IVA dan Kanker Payudara dengan Pemeriksaan Klinis (Sadanis) Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 81	Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 82	Sarana Air Minum dengan Kualitas Air Minum Memenuhi Syarat Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 83	Kualitas Air Minum Rumah Tangga dalam Surveilans Kualitas Air Minum Rumah Tangga Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 84	Jumlah Kepala Keluarga dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 85	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025.
Lampiran Tabel 86	Persentase Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang Dilakukan Pengawasan memenuhi syarat IKL dan Uji Kualitas Lingkungan Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025
Lampiran Tabel 87	Persentase Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang Memiliki Syarat Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi Tahun 2025
Lampiran Tabel 88	Persentase Hasil Pengukuran Kualitas Udara Dalam Ruang Memenuhi Syarat Provinsi Jambi Tahun 2025.

BAB 1

DEMOGRAFI

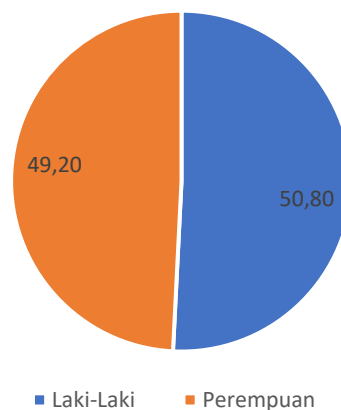
Provinsi Jambi secara geografis terletak antara 00°,45' sampai 20°45' Lintang Selatan, dan antara 1010°10' sampai 1040°55° Bujur Timur. Sebelah Utara berbatasan dengan Provinsi Riau dan Kepulauan Riau, sebelah Timur dengan Laut Cina Selatan, sebelah Selatan berbatasan dengan Provinsi Sumatera Selatan dan sebelah Barat dengan Provinsi Sumatera Barat dan Provinsi Bengkulu.

Luas Wilayah Provinsi Jambi 49.026,58 km² tersebar menjadi 9 kabupaten dan 2 kota, 144 kecamatan, dan 1.586 desa/kelurahan (1.414 desa dan 172 kelurahan) dengan jumlah penduduk 3.768.482 jiwa.

A. KEADAAN PENDUDUK

Menurut Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, jumlah penduduk Provinsi Jambi tahun 2025 sebanyak 3.768.482 jiwa yang terdiri dari 1.914.252 jiwa penduduk laki-laki dan 1.854.230 jiwa penduduk perempuan. Gambar 1.1 menunjukkan proporsi penduduk di Provinsi Jambi tahun 2025 menurut jenis kelamin. Proporsi antara penduduk laki-laki dan perempuan dimana lebih besar laki-laki dibandingkan perempuan, terpaut 1,59% lebih banyak laki-laki.

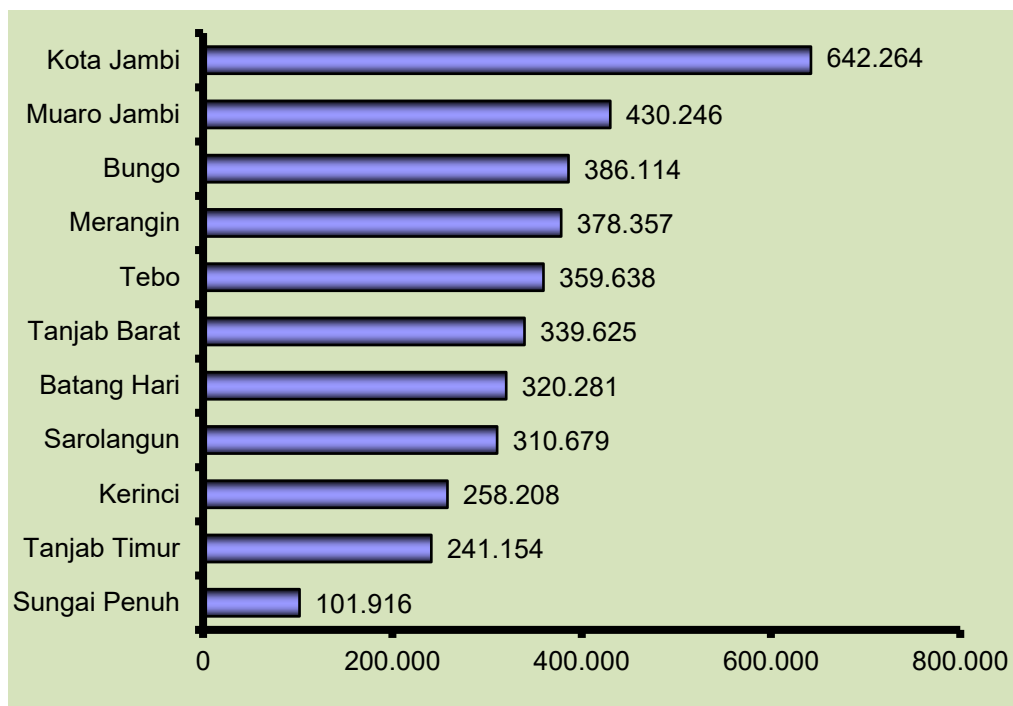
Gambar 1.1
Proporsi Penduduk Provinsi Jambi Menurut Jenis Kelamin
Tahun 2025



Sumber: BPS Provinsi Jambi, 2025

Jika dilihat menurut kabupaten/kota, jumlah penduduk Provinsi Jambi paling banyak terdapat di Kota Jambi, sedangkan jumlah penduduk paling sedikit terdapat di Kota Sungai Penuh sebagaimana disajikan pada gambar 1.2 berikut.

Gambar 1.2
Jumlah Penduduk Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025



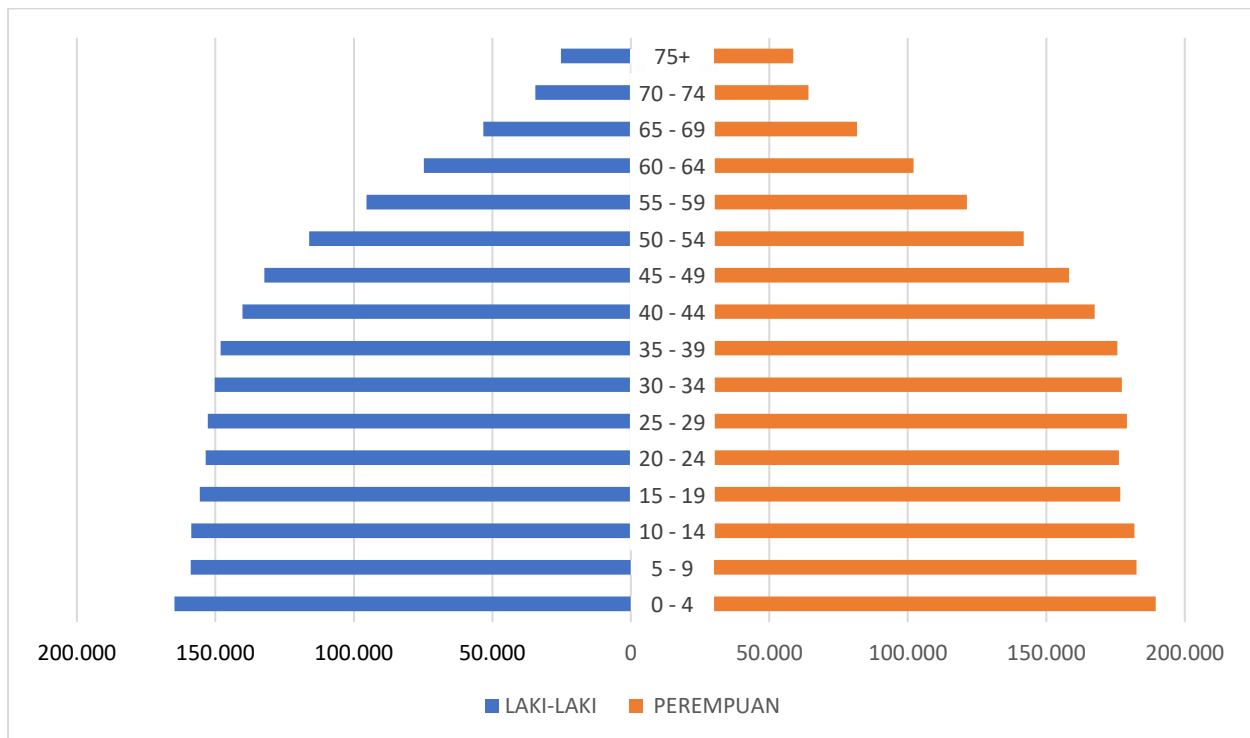
Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025

Piramida penduduk adalah grafik demografi yang banyak digunakan untuk memvisualisasikan komposisi umur-jenis kelamin suatu populasi. Piramida penduduk menyajikan jumlah atau persentase penduduk laki-laki dan perempuan dalam suatu penduduk menurut kelompok umur. Bentuk piramida pada titik waktu tertentu menunjukkan tahapan transisi demografi yang dialami suatu populasi.

Dalam piramida penduduk, terdapat dua sumbu, yaitu sumbu horizontal dan sumbu vertikal. Sumbu vertikal menggambarkan kelompok umur penduduk dari nol sampai dengan 75 tahun lebih dengan interval lima tahunan dengan jumlah penduduk laki-laki digambarkan di sisi sebelah kiri dan perempuan di sisi sebelah kanan. Sumbu horizontal menggambarkan jumlah penduduk. Piramida tersebut merupakan gambaran struktur penduduk yang terdiri dari struktur penduduk muda, dewasa, dan tua. Struktur penduduk ini menjadi dasar bagi kebijakan kependudukan, sosial, budaya, dan ekonomi.

Piramida penduduk Provinsi Jambi pada Gambar 1.3 berbentuk kerucut dengan alas yang lebar dan puncak yang meruncing. Hal ini menunjukkan bahwa struktur penduduk di Indonesia termasuk struktur penduduk muda. Usia 0-14 tahun (usia muda) lebih banyak jumlahnya dibandingkan kelompok usia di atasnya. Bagian atas pada piramida tersebut yang lebih pendek menunjukkan bahwa angka kematian yang masih tinggi pada penduduk lanjut usia.

Gambar 1.3
Piramida Penduduk
Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025

Indikator yang sering digunakan untuk mengetahui produktivitas penduduk yaitu Angka Beban Ketergantungan (ABK) atau *Dependency Ratio*. Angka Beban Ketergantungan adalah perbandingan antara jumlah penduduk berumur 0-14 tahun ditambah dengan jumlah penduduk 65 tahun ke atas (keduanya disebut dengan bukan angkatan kerja) dibandingkan dengan jumlah penduduk usia 15-64 tahun (penduduk angkatan kerja). Angka ini digunakan sebagai indikator yang secara kasar menunjukkan keadaan perekonomian suatu negara. Semakin tinggi persentase *dependency ratio* menunjukkan semakin tinggi beban yang harus ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai hidup penduduk yang belum produktif dan yang tidak produktif lagi. Sedangkan persentase *dependency ratio* yang semakin rendah menunjukkan semakin rendahnya beban yang ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi.

Angka Beban Ketergantungan penduduk Provinsi Jambi pada tahun 2025 sebesar 45,06%. Hal ini menunjukkan bahwa dari 100 penduduk Indonesia yang berusia produktif, di samping menanggung dirinya sendiri, juga menanggung kurang lebih 45 orang yang tidak produktif. Angka ini masih sama dengan angka tahun sebelumnya. Dalam menanggapi kondisi ini, beberapa upaya yang dapat dilakukan diantaranya menekan jumlah kelahiran untuk mengurangi angka beban ketergantungan dan mengupayakan program kesehatan untuk usia pra lansia sehingga tidak menjadi beban saat mencapai usia lansia.

Tabel 1.1 menyajikan data penduduk sasaran program pembangunan kesehatan tahun 2025 berdasarkan jenis kelamin. Data penduduk sasaran program pembangunan kesehatan digunakan untuk penyusunan perencanaan dan evaluasi hasil pencapaian upaya kesehatan yang telah dilaksanakan.

Tabel 1.1
Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan di Provinsi Jambi
Tahun 2025

Sasaran Program	Kelompok Umur	Jenis Kelamin		Jumlah
		Laki-Laki	Perempuan	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bayi	0 tahun	33.632	32.577	66.209
Batita (Bawah Tiga Tahun)	0-2 tahun	99.866	96.804	196.670
Anak Balita	1-4 tahun	131.134	126.974	258.108
Balita (Bawah Lima Tahun)	0-4 tahun	164.766	159.551	324.317
Pra Sekolah	5-6 tahun	63.855	61.426	125.281
Anak Usia Kelas 1 SD/Setingkat	7 tahun	31.699	30.403	62.102
Anak Usia SD/Setingkat	7-12 tahun	190.423	182.599	373.022
Penduduk Usia Muda	< 15 tahun	482.323	463.903	946.226
Penduduk Usia Produktif	15-64 tahun	1.318.915	1.275.922	2.594.837
Penduduk Usia Produktif	≥ 65 tahun	113.014	114.405	227.419
Penduduk Usia Lanjut	≥ 60 tahun	187.742	186.457	374.199
Penduduk Usia Lanjut Risiko Tinggi	≥ 70 tahun	59.724	62.771	122.495
Wanita Usia Subur (WUS)	15-49 tahun		1.000.670	1.000.670
WUS Imunisasi	15-39 tahun		735.010	735.010

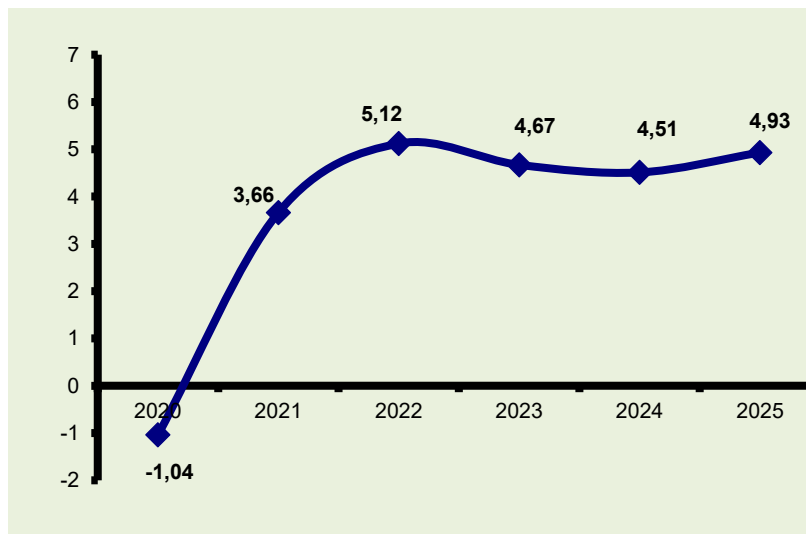
Sumber: KMK No HK.01.07/MENKES/140/2024

B. KEADAAN EKONOMI

Salah satu indikator penting untuk mengetahui kondisi ekonomi di suatu negara dalam suatu periode tertentu adalah data Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), baik atas dasar harga berlaku maupun atas dasar harga konstan. PDRB pada dasarnya merupakan jumlah nilai tambah yang dihasilkan oleh seluruh unit usaha dalam suatu negara tertentu, atau merupakan jumlah nilai barang dan jasa akhir yang dihasilkan oleh seluruh unit ekonomi. PDRB harga berlaku nominal menunjukkan kemampuan sumber daya ekonomi yang dihasilkan oleh suatu negara. Nilai PDRB yang besar menunjukkan sumber daya ekonomi yang besar, begitu juga sebaliknya.

Perekonomian Provinsi Jambi pada tahun 2025 yang diukur berdasarkan PDRB atas dasar harga berlaku mencapai Rp349,66 triliun dan PDRB perkapita mencapai Rp92,79 juta atau US\$5.632,03. Ekonomi Provinsi Jambi tahun 2025 tumbuh sebesar 4,93 persen, tumbuh lebih cepat dari tahun 2024 yang tumbuh sebesar 4,51 persen. Dari sisi produksi, pertumbuhan tertinggi terjadi pada lapangan usaha Transportasi dan pergudangan sebesar 8,88 persen. Sementara dari sisi pengeluaran pertumbuhan tertinggi dicapai oleh komponen Ekspor Barang dan Jasa sebesar 5,75 persen.

Gambar 1.4
Pertumbuhan Ekonomi Provinsi Jambi
Tahun 2020-2025



Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025

Pengukuran kemiskinan menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Konsep ini mengacu pada *Handbook on Poverty and Inequality* yang diterbitkan oleh World Bank. Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Penduduk dikategorikan sebagai penduduk miskin jika memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan.

Angka kemiskinan dapat diukur menggunakan tingkat pendapatan, tingkat pengeluaran, juga kombinasi keduanya. Indonesia termasuk negara yang mengukur data kemiskinan menggunakan tingkat pengeluaran per kapita dengan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Pengukuran angka kemiskinan menggunakan metode garis kemiskinan pengeluaran, baik garis kemiskinan bukan makanan maupun garis kemiskinan makanan. Garis kemiskinan menunjukkan jumlah rupiah minimum yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pokok minimum makanan yang setara dengan 2.100 kilo kalori per kapita per hari dan kebutuhan pokok bukan makanan. Jadi Penduduk Miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran konsumsi per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan.

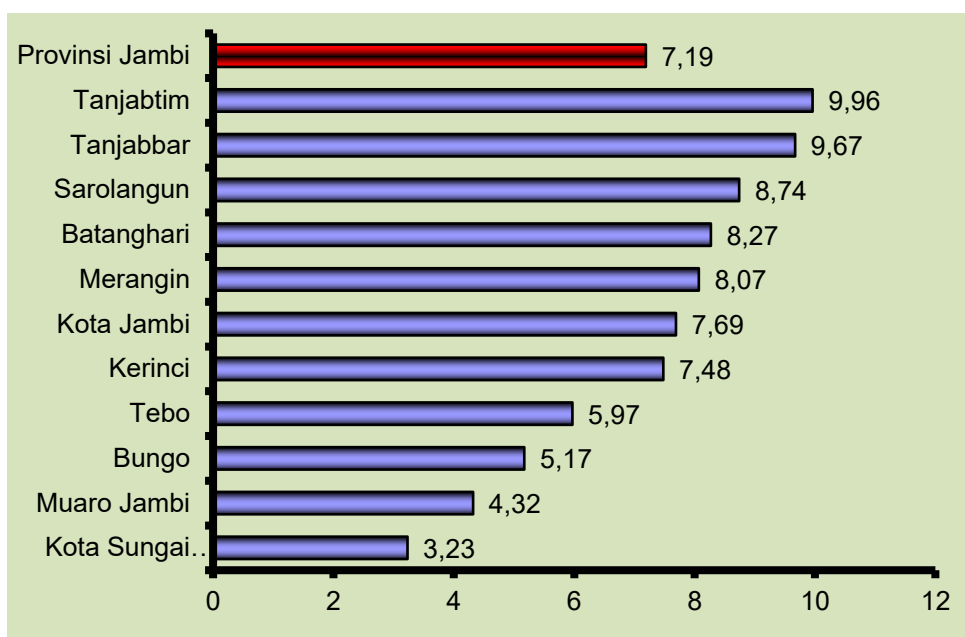
Jumlah penduduk miskin di Provinsi Jambi pada September 2025 mencapai 261,25 ribu jiwa (6,89%) dan garis kemiskinan Rp713.849 per kapita per bulan. Jika dibandingkan dengan Maret 2025, jumlah penduduk miskin menurun sebanyak 9,69 ribu orang.

Pada September 2025, rata-rata rumah tangga miskin di Jambi memiliki 4,98 orang

anggota rumah tangga. Dengan demikian, besarnya Garis Kemiskinan per rumah tangga secara rata-rata adalah sebesar Rp3.554.968/rumah tangga miskin/bulan.

Dari Gambar 1.5, dapat disimpulkan bahwa pada tahun 2025, persentase kemiskinan di Provinsi Jambi yaitu sebesar 7,19%. Persentase kemiskinan terendah yaitu di Kota Sungai Penuh sebesar 3,23%, sementara tertinggi yaitu di Kabupaten Tanjung Jabung Timur sebesar 9,96%.

Gambar 1.5
Persentase Penduduk Miskin Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : BPS Provinsi Jambi, 2025

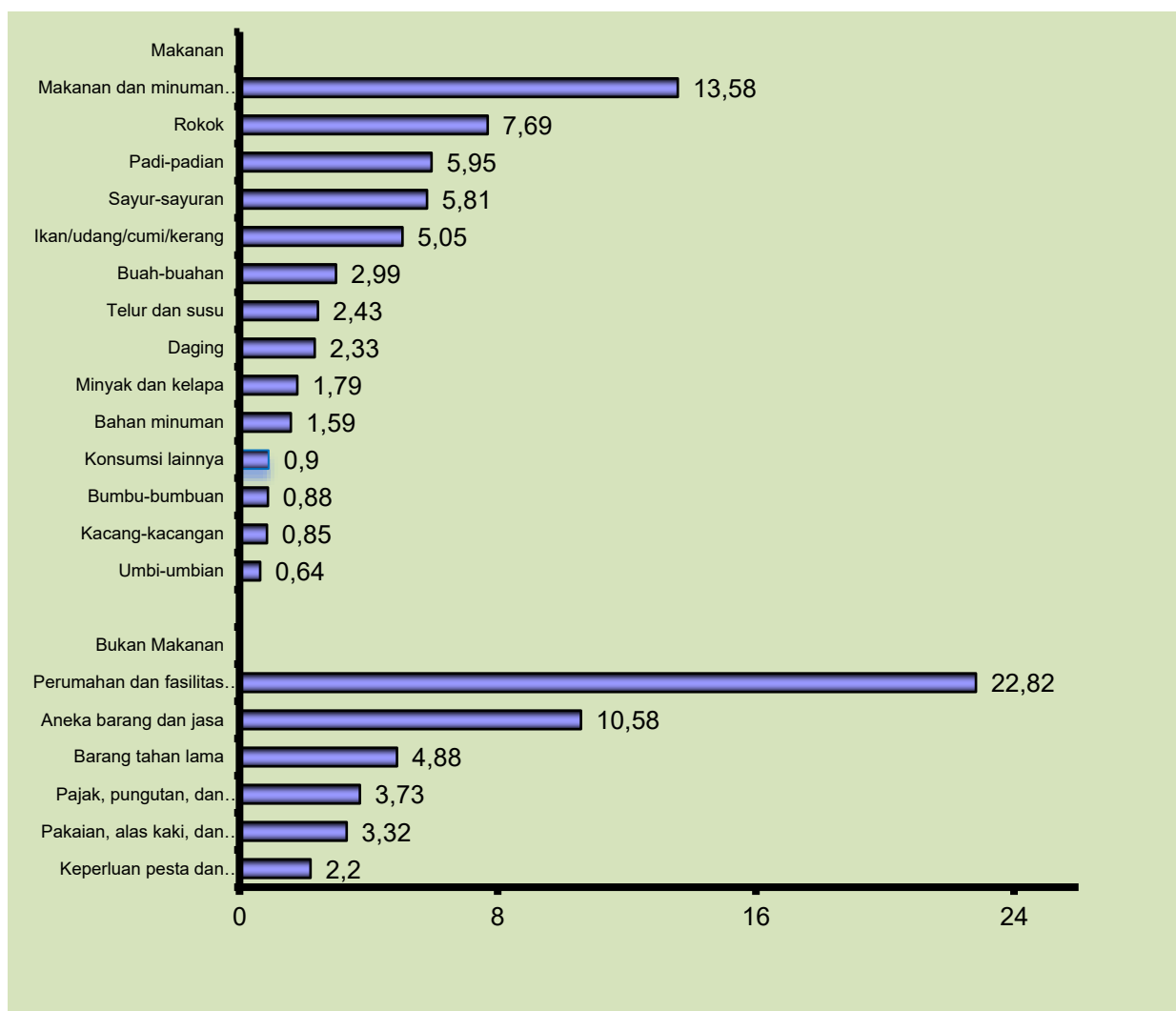
Persoalan kemiskinan bukan hanya sekedar berapa jumlah dan persentase penduduk miskin. Dimensi lain yang perlu diperhatikan adalah tingkat kedalaman dan keparahan dari kemiskinan. Indeks kedalaman kemiskinan adalah ukuran rata-rata kesenjangan pengeluaran masing-masing penduduk miskin terhadap garis kemiskinan. Semakin tinggi nilai indeks, semakin jauh rata-rata pengeluaran penduduk dari garis kemiskinan. Indeks keparahan kemiskinan memberikan gambaran mengenai penyebaran pengeluaran di antara penduduk miskin. Pada periode Maret 2025 – September 2025, Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1) dan Indeks Keparahannya Kemiskinan (P2) mengalami penurunan. Indeks Kedalaman Kemiskinan pada September 2025 sebesar 1,19, turun dibandingkan Maret 2025 yang sebesar 1,47. Sementara itu, Indeks Keparahannya Kemiskinan pada September 2025 sebesar 0,153 turun dibandingkan Maret 2025 yang sebesar 0,199.

Salah satu alat ukur untuk menggambarkan ketimpangan pendapatan adalah Koefisien Gini/ Indeks Gini (Gini Ratio). Indeks Gini adalah suatu koefisien yang menunjukkan tingkat ketimpangan atau pemerataan distribusi pendapatan secara menyeluruh. Koefisien Gini

berkisar antara 0 sampai 1. Apabila koefisien gini bernilai 0 berarti terdapat pemerataan sempurna pada distribusi pendapatan (pemerataan sempurna), sedangkan apabila bernilai 1 berarti terjadi ketidakmerataan pendapatan yang sempurna (ketimpangan sempurna). Pada September 2025, nilai indeks Gini Provinsi Jambi sebesar 0,291. Angka ini menunjukkan penurunan dibandingkan Maret 2025 yang sebesar 0,301 dan September 2024 yang berada di angka 0,315, mengindikasikan ketimpangan pengeluaran penduduk yang semakin merata.

Pendapatan yang diterima oleh keluarga dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan keluarga tersebut. Namun informasi mengenai pendapatan rumah tangga yang akurat sulit diperoleh, sehingga dilakukan pendekatan melalui data pengeluaran rumah tangga. Data pengeluaran rumah tangga dibedakan menurut kelompok makanan dan bukan makanan, kedua kelompok tersebut dapat menggambarkan bagaimana rumah tangga mengalokasikan kebutuhan rumah tangganya.

Gambar 1.6
Persentase Rata-Rata Pengeluaran Per Kapita Per Bulan
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : BPS Provinsi Jambi, 2025

Berdasarkan hasil Susenas pada bulan Maret 2025, persentase rata-rata pengeluaran per kapita sebulan yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan makanan sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan bukan makanan, yaitu 52,47% untuk pengeluaran makanan dan 47,53% untuk pengeluaran bukan makanan. Dari Gambar 1.6 terlihat bahwa tiga pengeluaran terbesar yaitu untuk perumahan dan fasilitas rumah tangga (22,82%), makanan dan minuman jadi (13,58%) dan pengeluaran untuk aneka barang dan jasa (10,58%).

Ketenagakerjaan merupakan aspek mendasar dalam kehidupan manusia karena mencakup dimensi sosial dan ekonomi. Pembangunan ekonomi tidak lepas dari peran manusia dalam mengelolanya dimana manusia merupakan tenaga kerja, input pembangunan, yang juga merupakan konsumen hasil pembangunan itu sendiri.

Konsep dan definisi yang digunakan dalam pengumpulan data ketenagakerjaan oleh Badan Pusat Statistik adalah *The Labor Force Concept* yang disarankan oleh *International Labor Organization* (ILO). Konsep ini membagi penduduk menjadi dua kelompok, yaitu penduduk usia kerja dan penduduk bukan usia kerja. Penduduk usia kerja adalah penduduk berumur 15 tahun ke atas. Penduduk yang termasuk angkatan kerja adalah penduduk usia kerja (15 tahun ke atas) yang bekerja, atau punya pekerjaan namun sementara tidak bekerja dan pengangguran. Selanjutnya, penduduk usia kerja dibedakan pula menjadi dua kelompok berdasarkan kegiatan utama yang sedang dilakukannya. Kelompok tersebut adalah Angkatan Kerja dan Bukan Angkatan Kerja. Kelompok angkatan kerja terdiri dari penduduk yang bekerja (aktif bekerja atau punya pekerjaan namun sementara tidak bekerja) dan pengangguran (penduduk yang sedang mencari pekerjaan, sedang mempersiapkan suatu usaha, sudah memiliki pekerjaan tetapi belum mulai bekerja, merasa tidak mungkin mendapat pekerjaan/putus asa). Sedangkan kelompok bukan angkatan kerja terdiri dari penduduk sedang bersekolah, mengurus rumah tangga, dan lainnya.

Kondisi ketenagakerjaan di Provinsi Jambi dapat dilihat berdasarkan jumlah angkatan kerja, jumlah penduduk yang bekerja, dan tingkat partisipasi angkatan kerja. Jumlah angkatan kerja di Provinsi Jambi pada Agustus 2025 mencapai 1,93 juta orang, angka ini menunjukkan peningkatan sebanyak 14,9 ribu orang dibandingkan dengan periode yang sama pada tahun 2024. Jumlah penduduk yang bekerja pada Agustus 2025 sebanyak 1,85 juta orang, bertambah sebanyak 18,6 ribu orang (1,01%) jika dibandingkan dengan Agustus 2024 (1,83 juta orang). Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) merupakan persentase jumlah angkatan kerja terhadap jumlah penduduk usia kerja. Indikator ini mengindikasikan besarnya penduduk usia kerja yang aktif secara ekonomi di suatu wilayah dan menunjukkan besaran relatif suplai tenaga kerja yang tersedia untuk produksi barang dan jasa dalam suatu perekonomian. TPAK pada Bulan Agustus 2025 sebesar 68,37%. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan Agustus 2024 (68,87%). Sementara Tingkat Pengangguran Terbuka

(TPT) di Provinsi Jambi pada Agustus 2025 mencapai 4,26%, mengalami penurunan sebesar 0,22% poin dibanding Agustus 2024 (4,48%).

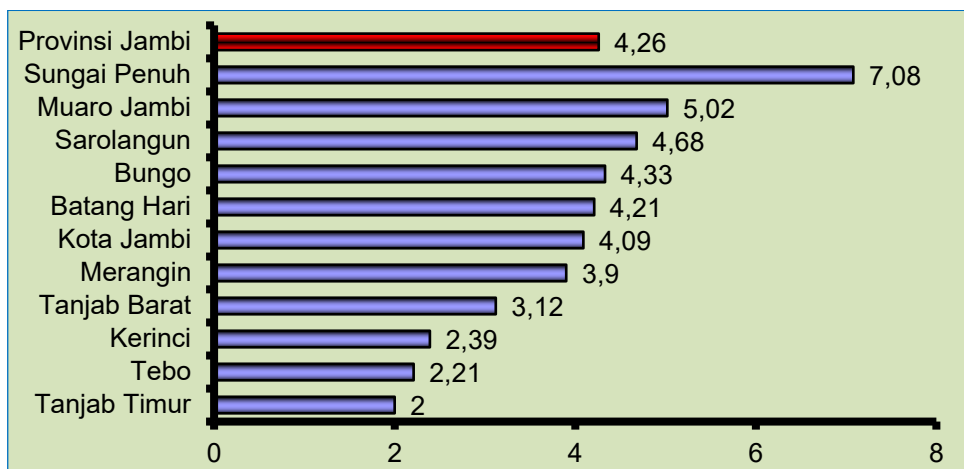
Tabel 1.2
Penduduk Usia 15 Tahun Ke Atas Menurut Jenis Kegiatan Utama
di Provinsi Jambi Tahun 2022-2025

Angkatan Kerja	2022		2023		2024		2025	
	Februari	Agustus	Februari	Agustus	Februari	Agustus	Februari	Agustus
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Jumlah Angkatan Kerja	1,85 juta	1,88 juta	1,85 juta	1,89 juta	1,86 juta	1,92 juta	1,88 juta	1,93 juta
Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (%)	68,86%	67,84%	67,88%	68,75%	67,09%	68,87%	67,11%	68,37%
Jumlah Penduduk yang Bekerja	1,76 juta	1,80 juta	1,77 juta	1,80 juta	1,77 juta	1,83 juta	1,80 juta	1,85 juta
Jumlah Pengangguran Terbuka	87 ribu	86 ribu	83 ribu	86 ribu	83 ribu	86 ribu	85 ribu	82 ribu
Tingkat Pengangguran Terbuka (%)	4,70%	4,59%	4,50%	4,53%	4,45%	4,48%	4,48%	4,26%

Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025

Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) di Provinsi Jambi mengalami penurunan pada periode tahun 2022-2025, dimana pada periode Agustus 2022 TPT tercatat sebesar 4,59% turun menjadi 4,26% pada Agustus 2025. TPT pada tahun 2025 sebesar 4,26% artinya dari 100 orang angkatan kerja terdapat sekitar 4-5 orang pengangguran. Kabupaten/kota dengan pengangguran terbanyak terdapat di Kota Sungai Penuh (7,08%). Tingginya TPT biasanya seiring dengan pertambahan jumlah penduduk serta tidak didukung oleh tersedianya lapangan kerja baru atau keengganan untuk menciptakan lapangan kerja (minimal) untuk dirinya sendiri atau memang tidak memungkinkan untuk mendapatkan lapangan kerja atau tidak memungkinkan untuk menciptakan lapangan kerja.

Gambar 1.7
Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025



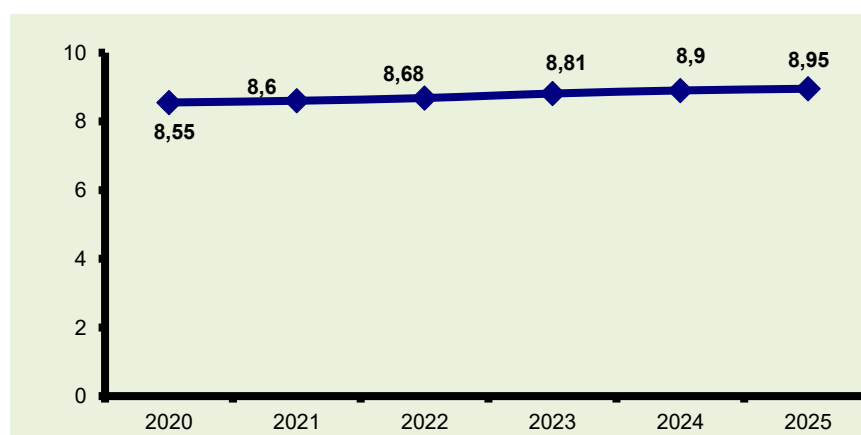
Sumber : BPS Provinsi Jambi, 2025

C. KEADAAN PENDIDIKAN

Pendidikan menjadi salah satu kunci dari arah pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM) yaitu membangun SDM tangguh yang dinamis, produktif, terampil, menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi didukung dengan kerjasama industri dan talenta global. Peningkatan kualitas dan daya saing SDM diharapkan dapat mencetak generasi penerus bangsa yang sehat, cerdas, adaptif, inovatif, terampil, serta berkarakter

Tingkat pendidikan masyarakat dapat diukur dengan berbagai indikator, salah satu indikator yang secara sensitif dapat mengukur tingkat pendidikan masyarakat yaitu Rata-rata Lama Sekolah (RLS). Rata-rata Lama Sekolah (RLS) adalah rata-rata jumlah tahun yang ditempuh oleh penduduk berumur 15 tahun ke atas untuk menempuh semua jenjang pendidikan yang pernah dijalani.

Gambar 1.8
Rata-rata Lama Sekolah Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas
Di Provinsi Jambi Tahun 2020-2025

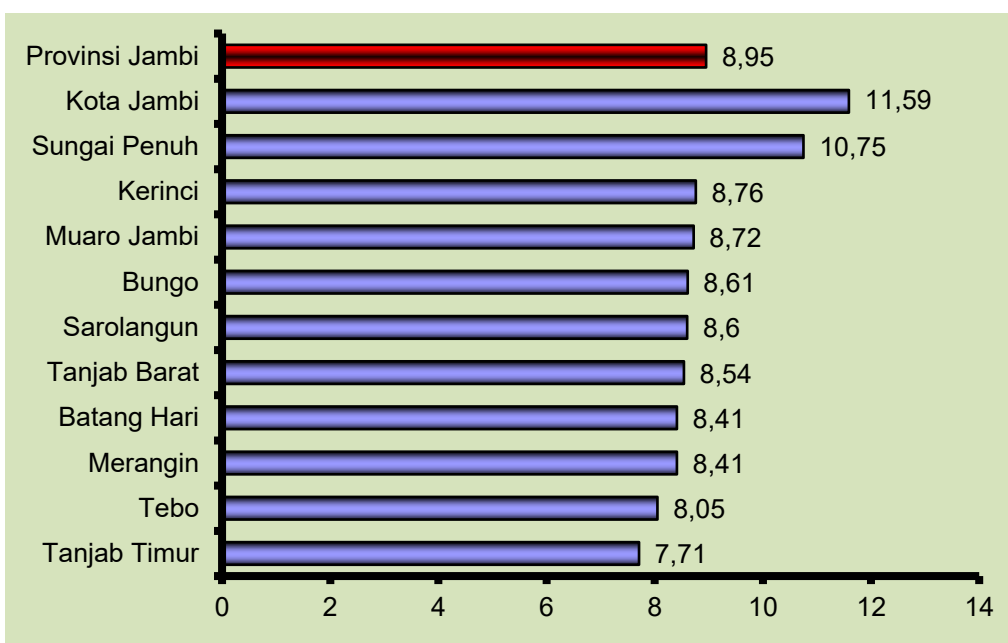


Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025

Pada tahun 2025 di Provinsi Jambi, RLS penduduk usia 15 tahun ke atas baru mencapai 8,95 tahun atau setara kelas 2 SMP/Sederajat. Capaian ini mengalami peningkatan sebesar 0,05 poin dibanding tahun sebelumnya.

Jika dilihat per kabupaten/kota, RLS yang paling rendah terdapat di Kabupaten Tanjung Jabung Timur (7,71 tahun) dan yang tertinggi di Kota Jambi (11,59 tahun). Terdapat 2 kabupaten (Kota Jambi dan Kota Sungai Penuh) yang sudah mencapai program wajib belajar 9 tahun. Sebagaimana disajikan pada gambar 1.9 berikut.

Gambar 1.9
Rata-rata Lama Sekolah Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas
Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi Tahun 2025



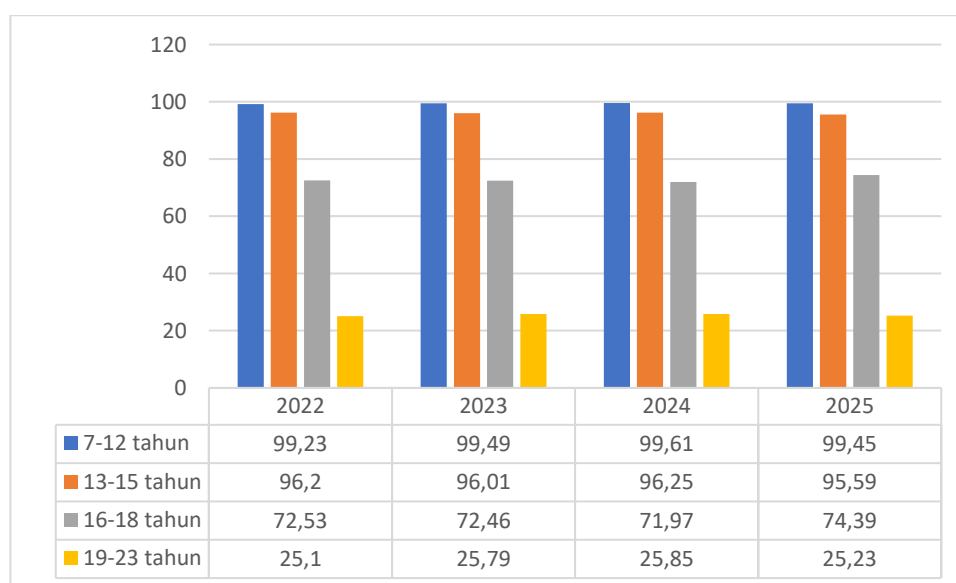
Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025

Kemampuan penduduk dalam membaca dan menulis merupakan kemampuan yang mendasar. Kemampuan baca tulis tersebut dapat dilihat berdasarkan indikator Angka Melek Huruf (AMH). Angka Melek Huruf (AMH) adalah proporsi penduduk kelompok umur tertentu yang memiliki kemampuan membaca dan menulis kalimat sederhana dalam huruf latin, huruf arab, dan huruf lainnya (seperti huruf jawa, kanji, dll) terhadap penduduk kelompok umur tersebut. Di Provinsi Jambi, tahun 2025 Angka Melek Huruf penduduk berumur 15 tahun ke atas yang melek huruf sebesar 97,59%, angka ini turun 0,43% dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 98,02%.

Salah satu indikator yang digunakan pemerintah untuk menilai keberhasilan di bidang pendidikan adalah partisipasi sekolah. Angka Partisipasi Sekolah (APS) adalah proporsi penduduk pada kelompok usia jenjang pendidikan tertentu yang masih bersekolah terhadap penduduk pada kelompok usia tersebut. Harapannya semakin tinggi tingkat partisipasi dari penduduk pada semua jenjang pendidikan, kualitas sumber daya manusia menjadi lebih baik.

Angka Partisipasi Sekolah (APS) menggambarkan ukuran daya serap sistem pendidikan terhadap penduduk usia sekolah. APS yang tinggi menunjukkan tingginya partisipasi sekolah dari penduduk usia tertentu. APS secara umum dikategorikan menjadi 3 kelompok umur, yaitu 7-12 tahun mewakili umur setingkat SD, 13-15 tahun mewakili umur setingkat SMP/MTs, 16-18 tahun mewakili umur setingkat SMA/SMK dan 19-24 tahun mewakili umur setingkat perguruan tinggi. Pada gambar berikut terlihat bahwa APS pada kelompok usia 7-12 tahun dan 13-15 tahun yang sangat tinggi dan APS pada kelompok perguruan tinggi sangat rendah.

Gambar 1.10
Persentase Angka Partisipasi Sekolah
di Provinsi Jambi Tahun 2022-2025



Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025

Angka Partisipasi Kasar (APK) adalah proporsi jumlah penduduk yang sedang bersekolah pada suatu jenjang pendidikan terhadap jumlah penduduk usia sekolah yang sesuai dengan jenjang pendidikan tersebut. Jika jumlah populasi murid yang bersekolah pada suatu jenjang tertentu melebihi jumlah anak pada batas usia sekolah sesuai jenjang yang bersesuaian, maka nilai APK pada jenjang tersebut akan lebih dari 100. Hal ini disebabkan karena adanya siswa yang sekolah walaupun usianya mencapai usia sekolah yang bersesuaian, siswa yang telat masuk sekolah, atau banyaknya pengulangan kelas pada siswa. Secara umum, APK digunakan untuk mengukur keberhasilan program pembangunan pendidikan yang diselenggarakan dalam rangka memperluas kesempatan bagi penduduk untuk mengenyam pendidikan.

Nilai APK pada gambar berikut, di Provinsi Jambi untuk SD/MI tahun 2022-2024 melebihi 100% yang menunjukkan masih adanya penduduk yang terlalu cepat sekolah

(penduduk usia di bawah 7 tahun yang sudah bersekolah) atau terlambat bersekolah (penduduk usia lebih dari 12 tahun masih bersekolah di SD/ sederajat). Meski demikian, dari tahun ke tahun nilainya semakin turun mendekati 100%, hal ini berarti penduduk yang bersekolah di SD/ sederajat semakin banyak yang sesuai dengan peruntukan umurnya.

Gambar 1.11
Persentase Angka Partisipasi Kasar
di Provinsi Jambi Tahun 2022-2025



Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025

D. INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA (IPM)

IPM diperkenalkan oleh *United Nations Development Programme* (UNDP) pada tahun 1990 dan dipublikasikan secara berkala dalam laporan tahunan *Human Development Report* (HDR). IPM menjelaskan bagaimana penduduk dapat mengakses hasil pembangunan dalam memperoleh pendapatan, kesehatan, pendidikan, dan lain sebagainya. IPM merupakan indikator penting untuk mengukur keberhasilan dalam upaya membangun kualitas hidup manusia (masyarakat/penduduk). IPM dapat menentukan peringkat atau level pembangunan di suatu wilayah/negara. IPM dibentuk dari 3 (tiga) dimensi dasar: (1) Umur panjang dan hidup sehat; (2) Pengetahuan; dan (3) Standar hidup layak. IPM merupakan indikator yang digunakan untuk melihat perkembangan pembangunan di suatu wilayah dalam jangka panjang.

Pembangunan manusia di Provinsi Jambi terus mengalami kemajuan. Sejak tahun 2021, status pembangunan manusia Provinsi Jambi sudah berada di level “tinggi”. Selama 2021–2025, IPM Provinsi Jambi rata-rata meningkat sebesar 0,77 persen per tahun, dari 72,62 pada tahun 2021 menjadi 75,13 pada tahun 2025.

Tabel 1.3
Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Jambi
Tahun 2021 – 2025

Wilayah	(Metode Baru) Indeks Pembangunan Manusia (IPM)				
	2021	2022	2023	2024	2025
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
KERINCI	72.72	73.24	73.77	74,33	75,10
MERANGIN	70.55	70.98	71.81	72,65	73,41
SAROLANGUN	72.02	72.66	73.05	73,76	74,72
BATANGHARI	71.61	71.99	72.50	73,12	73,94
MUARO JAMBI	70.79	71.41	72.26	73,11	73,87
TANJAB TIMUR	68.09	68.96	69.85	70,77	71,28
TANJAB BARAT	70.26	70.88	71.44	72,01	73,00
TEBO	70.73	71.14	71.99	72,67	73,41
BUNGO	72.70	73.08	73.57	74,44	75,15
KOTA JAMBI	79.94	80.38	80.93	81,77	82,32
KOTA SUNGAI PENUH	76.60	76.75	77.20	77,93	78,89
PROVINSI JAMBI	72.62	73.11	73.73	74,36	75,13
INDONESIA	73,16	73,77	74,39	75,02	75,90

Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025 (SP 2020)

Peningkatan IPM di Provinsi Jambi tahun 2025 didukung oleh semua dimensi penyusunnya, terutama standar hidup layak dan pengetahuan. Semua indikator mengalami percepatan pertumbuhan dibandingkan tahun sebelumnya. Pengeluaran riil per kapita per tahun (yang disesuaikan) meningkat sebesar 3,42 persen. Pada dimensi Pendidikan, Harapan Lama Sekolah (HLS) mengalami pertumbuhan paling pesat sebesar 1,52 persen dari tahun sebelumnya, capaian ini merupakan yang tertinggi sejak tahun 2021. Rata-rata Lama Sekolah (RLS) meningkat sebesar 0,56 persen. Umur Harapan Hidup (UHH) saat lahir mengalami pertumbuhan sebesar 0,45 persen, juga merupakan pertumbuhan tertinggi sejak tahun 2021.

Perkembangan Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Jambi dan dimensi penyusunannya selama tahun 2021-2025 dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1.4
Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Jambi
dan Dimensi Penyusunannya Tahun 2021 – 2025

Dimensi/Indikator	Satuan	2021	2022	2023	2024	2025
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Umur Panjang dan Hidup Sehat						
Umur Harapan Hidup saat Lahir (UHH)	Tahun	73,38	73,61	73,84	74,06	74,39
Harapan Lama Sekolah (HLS)						
Harapan Lama Sekolah (HLS)	Tahun	13,04	13,05	13,13	13,14	13,34

Rata-rata Lama Sekolah (RLS)	Tahun	8,60	8,68	8,81	8,90	8,95
Pengeluaran Riil per Kapita (yang disesuaikan)	Rp Juta	10,588	10,871	11,160	11,621	12,018
Indeks Pembangunan Manusia (IPM)		72,62	73,11	73,73	74,36	75,13

Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi, 2025

Umur Harapan Hidup (UHH) saat lahir yang merepresentasikan dimensi umur panjang dan hidup sehat terus meningkat dari tahun ke tahun. Selama periode 2021 hingga 2025, UHH telah meningkat sebesar 1,01 tahun atau rata-rata tumbuh sebesar 0,20 persen per tahun. Pada tahun 2021, UHH Provinsi Jambi adalah 73,38 tahun dan pada tahun 2025 mencapai 74,39 tahun. UHH tahun 2025 meningkat 0,33 tahun (0,44 persen) dibanding tahun sebelumnya, lebih tinggi dibandingkan rata-rata pertumbuhan 2020-2024 (0,25% per tahun).

Tabel 1.5
Umur Harapan Hidup Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2021 – 2025

Kabupaten/Kota	Umur Harapan Hidup saat Lahir ¹				
	(tahun)				
	2021	2022	2023	2024	2025
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kerinci	72,70	72,94	73,18	73,39	73,66
Merangin	73,58	73,78	73,97	74,13	74,40
Sarolangun	73,04	73,26	73,46	73,65	73,94
Batang Hari	73,97	74,22	74,48	74,74	75,14
Muaro Jambi	74,11	74,33	74,55	74,75	75,06
Tanjung Jabung Timur	73,48	73,78	74,09	74,37	74,82
Tanjung Jabung Barat	72,76	72,99	73,21	73,41	73,75
Tebo	73,05	73,25	73,45	73,62	73,88
Bungo	73,22	73,49	73,76	74,02	74,35
Kota Jambi	74,37	74,61	74,85	75,12	75,53
Kota Sungai Penuh	73,46	73,73	74,01	74,29	74,70
Provinsi Jambi	73,38	73,61	73,84	74,06	74,39
Indonesia	73,46	73,70	73,93	74,15	74,47

Sumber: Badan Pusat Statistik provinsi Jambi, Long Form SP 2020 (SP2020-LF), 2025

BAB 2

FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara dapat dipengaruhi oleh adanya fasilitas layanan kesehatan. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perseorangan ataupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Bab ini akan membahas tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terdiri dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang meliputi puskesmas, klinik pratama, praktik mandiri tenaga kesehatan; Laboratorium Kesehatan; Unit Transfusi Darah (UTD), Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan Lanjut (FKTRL) yang meliputi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus, serta Fasilitas Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat bidang Kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 8 Tahun 2019 adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan, potensi dan sosial budaya setempat.

Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 menyebutkan bahwa Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) sebagai wahana pemberdayaan masyarakat yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat yang dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan dari petugas puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya untuk melaksanakan kegiatan masyarakat untuk mewujudkan masyarakat yang sehat dan mandiri dalam bidang Kesehatan (UU Nomor 17 Tahun 2023). Peraturan tersebut memposisikan masyarakat tidak hanya sebagai obyek pembangunan melainkan yang lebih penting sebagai subyek pembangunan kesehatan yang dapat mengambil keputusan dalam mengadopsi inovasi di bidang kesehatan. Penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat dilakukan dengan tahap: a. pengenalan kondisi desa/kelurahan; b. survei mawas diri; c. musyawarah di desa/kelurahan; d. perencanaan partisipatif; e. pelaksanaan kegiatan; dan f. pembinaan kelestarian.

Penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat didampingi oleh tenaga pendamping yang berasal dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, swasta, perguruan tinggi, dan/atau anggota masyarakat. Tenaga

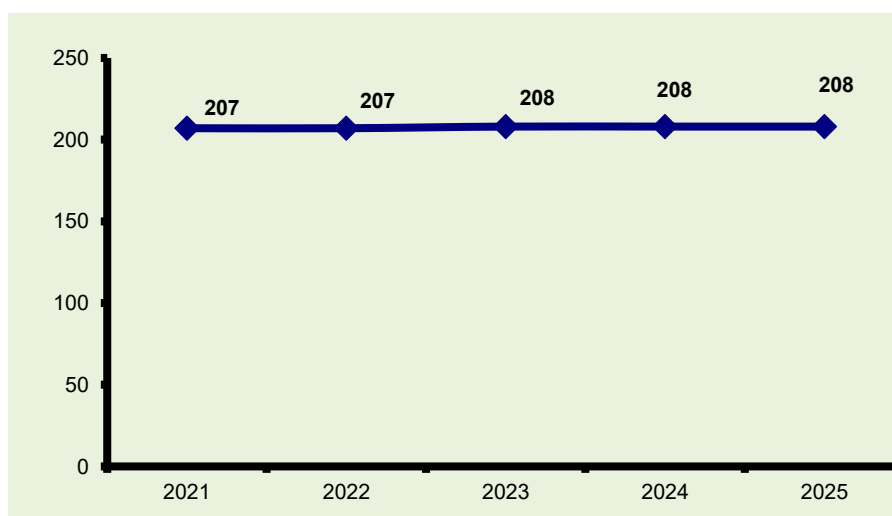
Pendamping dimaksud harus memiliki kemampuan sebagai Tenaga Pendamping yang didapat melalui pelatihan. Pada bab II ini, UKBM yang akan diulas adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) dan Posbindu PTM (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular).

A. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

Jumlah puskesmas di Provinsi Jambi sampai dengan Desember 2025 adalah 208 puskesmas, yang terdiri dari 98 puskesmas rawat inap dan 110 puskesmas non rawat inap. Jumlah ini sama dibandingkan tahun 2024. Data mengenai jumlah puskesmas ini dapat dilihat secara lengkap pada Lampiran tabel 4.

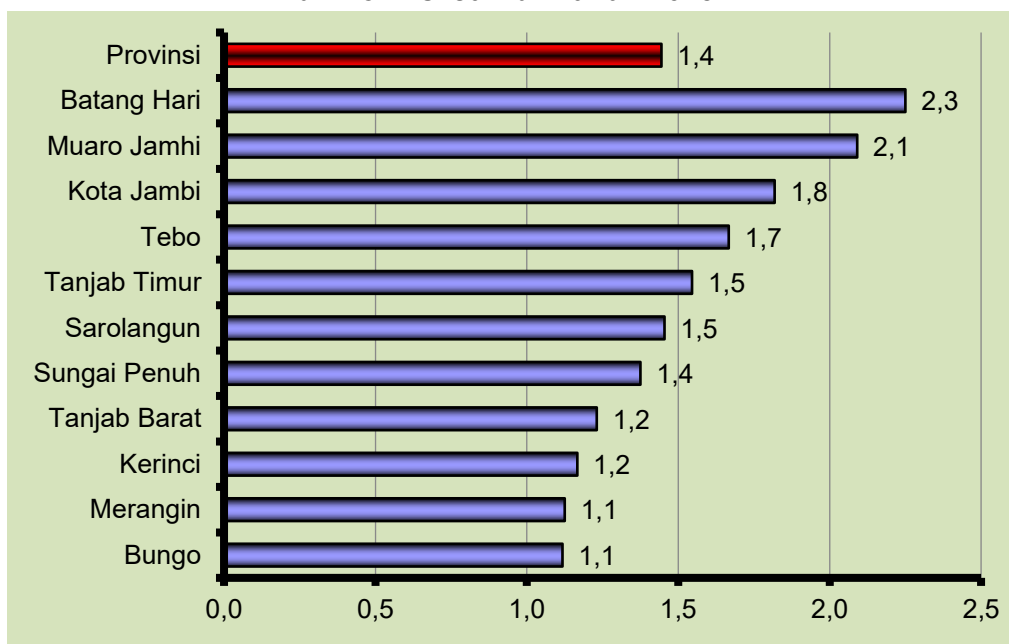
Gambar 2.1
Jumlah Puskesmas di Provinsi Jambi
Tahun 2021 – 2025



Sumber: Pusat Data dan Teknologi Informasi, Kemenkes RI, 2025

Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan primer dapat dilihat secara umum dari rasio puskesmas terhadap kecamatan. Rasio puskesmas terhadap kecamatan pada tahun 2025 sebesar 1,4. Hal ini menggambarkan bahwa rasio ideal puskesmas terhadap kecamatan yaitu minimal 1 puskesmas di 1 kecamatan, nilai ini telah terpenuhi, namun jika diperhatikan distribusi puskesmas tersebut di seluruh kecamatan, maka masih terdapat 2 kecamatan yang belum memiliki puskesmas yaitu Kecamatan Air Hangat dan Kecamatan Tanah Cogok di Kabupaten Kerinci.

Gambar 2.2
Rasio Puskesmas Per Kecamatan
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Yankes Primer Bidang Yankes, 2025

Rasio puskesmas per kecamatan tersebut dapat menggambarkan kondisi aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan primer. Selain ketersediaan minimal 1 puskesmas di setiap kecamatan, aksesibilitas masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya kondisi geografis, luas wilayah, ketersediaan sarana dan prasarana dasar, sosial ekonomi dan kemajuan suatu daerah.

Selain rasio puskesmas perlu juga diketahui 10 pola penyakit terbanyak di puskesmas. Berikut pola sepuluh penyakit terbanyak di puskesmas di wilayah Provinsi Jambi Tahun 2025 yang disajikan pada tabel 2.1.

Untuk pola 10 penyakit terbanyak di Provinsi Jambi tahun 2025 diketahui bahwa dari jumlah kasus 641.854, penyakit infeksi saluran pernafasan atas akut menempati peringkat pertama dengan 202.565 kasus (31,56%) diikuti penyakit Hipertensi dengan 133.408 kasus (20,78%) dan urutan penyakit selanjutnya dapat di lihat pada tabel 2.1 berikut.

Tabel 2.1
Pola 10 Penyakit Terbanyak di Provinsi Jambi
Tahun 2025

NO	JENIS PENYAKIT	KODE PENYAKIT ICD X	PERSENTASE
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Infeksi saluran pernafasan atas akut	J00-J06	31,56
2	Hipertensi	I10	20,78
3	Penyakit usofagus, lambung, dan usus	K20-K31	17,79
4	Gangguan Jaringan Lunak Lainnya	M70-79	6,76
5	Diabetes Mellitus	E10-14	6,24
6	Tanda dan gejala umum	R50-69	6,09
7	Influenza dan pneumonia	J10-J18	3,48
8	Penyakit rongga mulut, kelenjar ludah, dan rahang	K00-K14	2,63
9	Layanan kesehatan berkaitan dengan reproduksi	Z30-Z39	2,62
10	Pemeriksaan umum san pemeriksaan penunjang	Z00	2,06

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, 2025

1. Akreditasi Puskesmas

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi sebagai pengganti Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 dimana akreditasi puskesmas adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan puskesmas setelah dilakukan penilaian bahwa puskesmas telah memenuhi standar akreditasi. Pengaturan akreditasi ini bertujuan untuk:

- 1) meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan dan keselamatan bagi pasien dan masyarakat;
- 2) meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan dan puskesmas sebagai institusi;
- 3) meningkatkan tata kelola organisasi dan tata kelola pelayanan di puskesmas; dan
- 4) mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.

Setiap puskesmas wajib dilakukan akreditasi. Akreditasi dilakukan paling lambat setelah puskesmas beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh perizinan berusaha untuk pertama kali. Puskesmas yang telah terakreditasi wajib dilakukan akreditasi kembali secara berkala setiap 5 (lima) tahun. Dalam rangka menyelenggarakan akreditasi, menteri menetapkan lembaga penyelenggara akreditasi yang bertugas membantu menteri dalam melaksanakan survei akreditasi.

Surat Edaran Menteri Kesehatan No. HK.02.01/menkes/1048/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit, Rumah Sakit Kelas D Pratama, Puskesmas, Dan Klinik, Serta Pelaporan Indikator Nasional Mutu Bagi Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi menyatakan bahwa:

1. Puskesmas yang telah melaksanakan survei akreditasi pada tahun 2023 dan memiliki sertifikat
2. Akreditasi harus melakukan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara terus menerus dan berkesinambungan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, termasuk menyusun dan melaksanakan Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS).
3. Puskesmas yang belum melakukan survei akreditasi pada tahun 2023 harus segera mendaftarkan survei akreditasi melalui aplikasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi rumah sakit yang terintegrasi dengan aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SINAR) untuk rumah sakit, dan melalui aplikasi Data Fasyankes Online (DFO) untuk puskesmas dan klinik, paling lambat tanggal 31 Januari 2024.
4. Waktu survei akreditasi puskesmas pada aplikasi Data Fasyankes Online (DFO) sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf b, dilakukan oleh puskesmas dan klinik paling lambat tanggal 31 Mei 2024.
5. Bukti pendaftaran survei akreditasi dari aplikasi Data Fasyankes Online (DFO) untuk puskesmas dan klinik (*screenshot* pengajuan survei di aplikasi DFO) sebagaimana dimaksud serta sertifikat akreditasi dan pernyataan komitmen untuk menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu berlaku sampai dengan tanggal 30 Juni 2024.

Sampai dengan 31 Desember 2024, semua puskesmas telah terakreditasi (100%) dari 208 puskesmas yang tersebar di 11 kabupaten/kota, begitupun dengan kondisi tahun 2025.

Penetapan status akreditasi Puskesmas terdiri atas 5 (lima) tingkatan dengan pemenuhan masing-masing Bab pada tiap tingkatan kelulusan dengan persyaratan sebagai berikut.

Tabel 2.2
Persyaratan Penetapan Kelulusan Status Akreditasi Puskesmas

Status Akreditasi	Bab Akreditasi Puskesmas				
	Bab I	Bab II	Bab III	Bab IV	Bab V
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Terakreditasi Paripurna	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
Terakreditasi Utama	≥ 80%	≥ 80%	≥ 70%	≥ 80%	≥ 75%
Terakreditasi Madya	≥ 75%	≥ 75%	≥ 60%	≥ 75%	≥ 70%
Terakreditasi dasar	≥ 75%	≥ 60%	≥ 50%	≥ 60%	≥ 60%
Tidak Terakreditasi	< 75%	< 60%	< 50%	< 60%	< 60%

Sumber: Yankes Primer Bidang Yankes, 2025

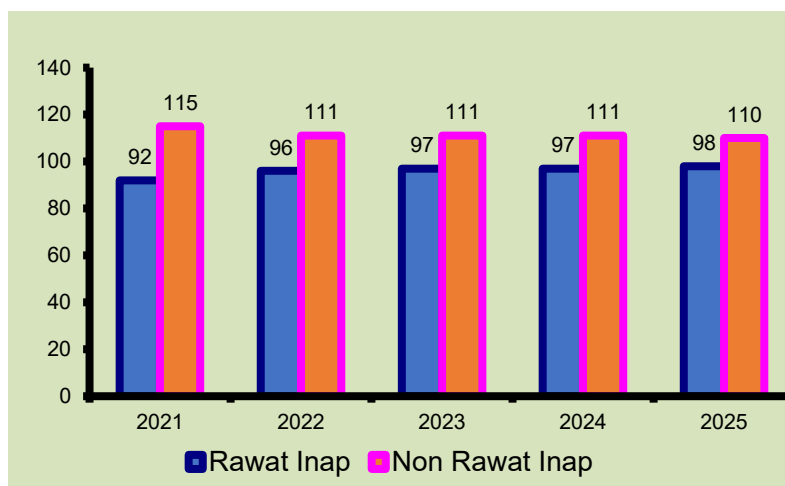
Untuk kondisi per Desember 2025 sama dengan tahun 2024, karena akreditasi terakhir di tahun 2023-2024 dan akan akreditasi ulang pada tahun 2028-2029 didapatkan hasil akreditasi puskesmas di Provinsi Jambi yang mencapai kelulusan status Paripurna sebanyak 68 pkm (32,69%), status Utama sebanyak 115 pkm (55,29%), dan status Madya sebanyak 25 pkm (12,02%). Setelah proses akreditasi Puskesmas wajib membuat dan menyampaikan Program Perbaikan Strategis (PPS) kepada Lembaga Penyelenggara Akreditasi, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan dinas kesehatan daerah provinsi berdasarkan rekomendasi perbaikan hasil survei dari Kementerian Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi. PPS digunakan sebagai bahan pelaksanaan monitoring dan evaluasi akreditasi oleh lembaga penyelenggara akreditasi, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dan dinas kesehatan daerah provinsi.

Puskesmas wajib mengisi formulir umpan balik pelaksanaan survei akreditasi melalui Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) paling lambat 7 (tujuh) hari kerja setelah sertifikat akreditasi elektronik dan rekomendasi hasil survei diterima melalui Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF). Sehingga diharapkan upaya perbaikan dilakukan memastikan tercapainya pelayanan puskesmas yang berkualitas.

2. Perkembangan Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap

Puskesmas berdasarkan kemampuan pelayanan dibagi atas dua kategori yaitu puskesmas rawat inap dan puskesmas non rawat inap. Berikut disajikan perkembangan jumlah puskesmas rawat inap dan non rawat inap dari tahun 2021 sampai dengan tahun 2025.

Gambar 2.3
Jumlah Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap di Provinsi Jambi Tahun 2021 – 2025



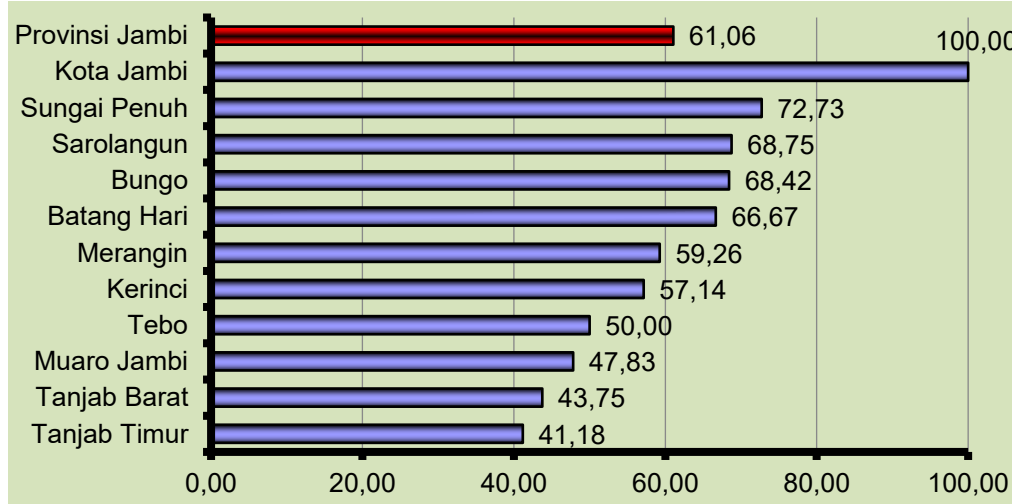
Sumber: Seksi Yankes Primer Bidang Yankes, 2025

Jumlah puskesmas rawat inap selama lima tahun terakhir terus meningkat, yaitu sebanyak 92 unit pada tahun 2021, lalu meningkat menjadi 98 unit pada tahun 2025.

3. Puskesmas dengan Tenaga Kesehatan

Satu Puskesmas dianggap memadai atau memenuhi syarat jika memiliki setidaknya satu orang dari masing-masing jenis tenaga kesehatan, meliputi: (1) dokter atau dokter layanan primer; (2) dokter gigi; (3) perawat; (4) bidan; (5) tenaga kesehatan masyarakat; (6) tenaga sanitasi lingkungan; (7) ahli teknologi laboratorium medik; (8) tenaga gizi; dan (9) tenaga kefarmasian. Menurut data dari Sistem Informasi SDM Kesehatan (SISDMK), pada tahun 2025, sebanyak 61,06% Puskesmas telah memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan yang diperlukan. Angka ini menunjukkan penurunan sebesar 7,69% dibandingkan tahun sebelumnya.

Gambar 2.4
Persentase Puskesmas Dengan 9 (Sembilan) Jenis Tenaga Kesehatan Sesuai Standar Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : Seksi SDM (SISDMK) Bidang SDK, 2025

Berdasarkan gambar di atas, hanya satu kabupaten/kota yang terpenuhi semua 9 (sembilan) jenis tenaga yaitu Kota Jambi, sedangkan Kabupaten Tanjung Jabung Timur merupakan kabupaten paling rendah dalam pemenuhan 9 (Sembilan) jenis tenaga (41,18%). Dan di Provinsi Jambi, tahun 2025 terdapat 2 (dua) puskesmas tanpa dokter (0,96% puskesmas tanpa dokter) yang berada di Kabupaten Merangin (PKM Sekancing) dan Kabupaten Tebo (PKM Teluk Kembang Jambu).

4. Pelaksanaan Kesehatan Kerja dan Kesehatan Olahraga

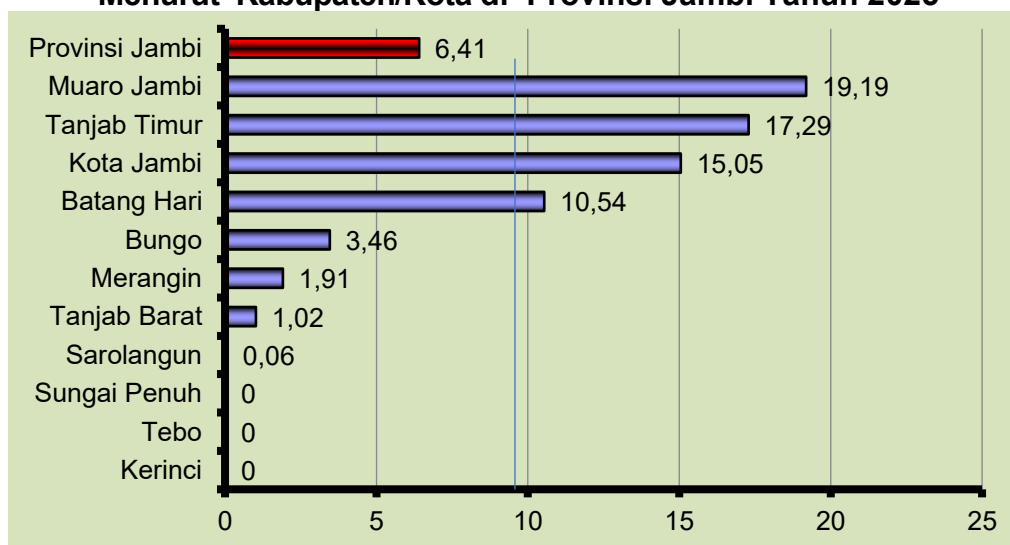
Upaya Kesehatan Kerja mengacu pada Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 98-101 yang bertujuan untuk melindungi pekerja dan orang lain yang ada di tempat kerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Upaya kesehatan kerja secara umum diatur sesuai dengan standar kesehatan kerja berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja. Selanjutnya, penerapan standar kesehatan kerja dapat dikembangkan oleh

Kementerian/Lembaga terkait sesuai dengan bahaya, risiko, dan karakteristik masing-masing bidang.

Upaya Kesehatan Kerja yang dilakukan sesuai standar meliputi upaya preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Pemberi kerja berkewajiban untuk menerapkan standar kesehatan kerja dan memastikan seluruh pekerjaannya mendapatkan hak sehat dan selamat selama bekerja di tempat kerjanya. Dalam penerapannya, standar ini berkembang menjadi program kesehatan kerja yang tidak dapat terpisahkan oleh program keselamatan kerja. Oleh karena itu, terdapat program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Perkantoran, K3 Rumah Sakit, dan K3 Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dapat diterapkan oleh masing-masing instansi. Selain itu, terdapat program Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) yang ditujukan bagi pekerja sektor informal dan Gerakan Pekerja Perempuan Sehat dan Produktif bagi Perusahaan dan organisasi perangkat daerah.

Agar tujuan Upaya Kesehatan Kerja dan Olah Raga dapat tercapai, terukur, dan terlaksana dengan baik di setiap tempat kerja, Kementerian Kesehatan pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025-2029 dengan Program Promosi Kesehatan dan Kesehatan Komunitas yang difokuskan berdasarkan program prioritas, diantaranya Peningkatan Kesehatan dan Gizi Masyarakat dengan sasaran yaitu meningkatnya kesehatan dan gizi masyarakat berbasis siklus hidup melalui penguatan edukasi, peningkatan kualitas layanan kesehatan, dan intervensi perbaikan gizi sesuai standar, serta mencegah kematian dini dan meningkatkan harapan hidup sehat. Pencapaian target sasaran ini diukur dengan indikator Persentase Pekerja Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Kerja (Persentase pekerja yang memperoleh pelayanan kesehatan kerja minimal satu tahun sekali).

Gambar 2.5
Persentase Pekerja Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Kerja
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

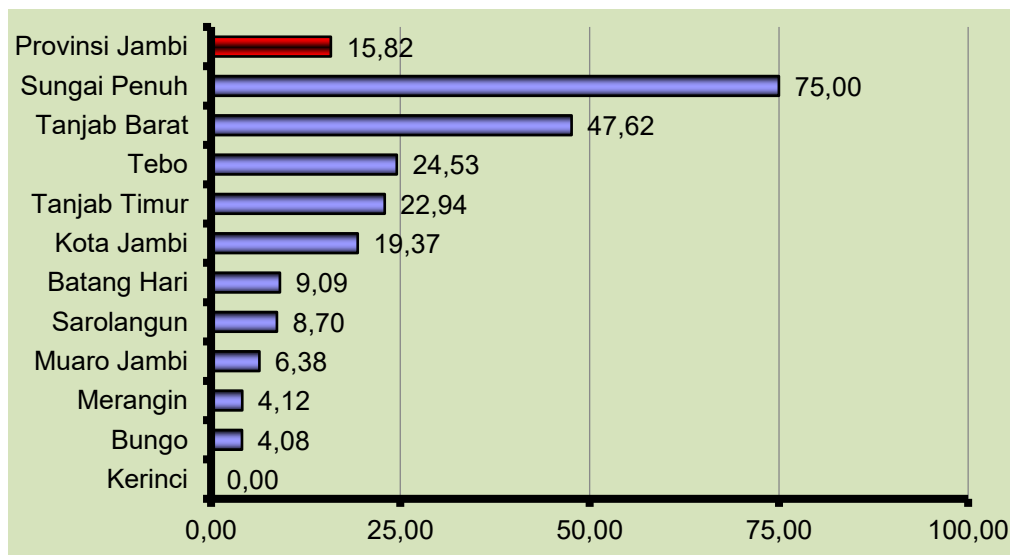


Sumber: Seksi Kesling dan Kesjaor Bidang Kesmas, 2025

Dari gambar di atas terlihat bahwa dari 11 kabupaten/kota terdapat 4 kabupaten yaitu Kabupaten Batanghari, Kota Jambi, Tanjab Timur, dan Muaro Jambi yang mencapai target RPJMN dimana minimal 10% pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan kerja. Tahun 2025 untuk Provinsi Jambi dengan capaian 6,41%.

Program prioritas lainnya adalah Peningkatan Pelayanan Kesehatan dan Gizi bagi Usia Sekolah, Usia Produktif, dan Lansia serta KB dan Kesehatan Reproduksi memiliki sasaran kegiatan yakni meningkatnya pelayanan kesehatan dan gizi bagi usia produktif, berbasis bukti dengan 3 indikator kinerja kegiatan yakni: (1) Persentase tempat kerja formal yang melaksanakan kesehatan kerja (Persentase tempat kerja formal dengan jumlah pekerja lebih dari 100 orang atau tempat kerja berisiko tinggi yang memiliki SDM pengelola kesehatan kerja/K3 dan melaksanakan upaya kesehatan kerja); (2) Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) yang terbentuk di tempat kerja informal (Jumlah Pos UKK yang terbentuk dan terbina di tempat kerja informal); (3) Persentase fasyankes melaksanakan pelayanan kesehatan penyakit akibat kerja (Persentase Fasyankes: Puskesmas, Fasyankes Tempat Kerja, dan RS yang memiliki dokter atau dokter spesialis yang kompeten dalam tatalaksana Penyakit Akibat Kerja (PAK)/ dugaan PAK melalui pendidikan atau pelatihan dan melakukan pelaporan surveilans penyakit akibat kerja).

Gambar 2.6
Persentase Tempat Kerja Formal Melaksanakan Kesehatan Kerja
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : Seksi Kesling dan Kesjaor, Bidang Kesmas, 2025

Dari gambar di atas terlihat bahwa dari 11 kabupaten/kota terdapat 2 kabupaten yaitu Kota Sungai Penuh dan Kaupaten Tanjung Jabung Barat yang mencapai target RPJMN dimana minimal 25% tempat kerja formal melaksanakan kesehatan kerja. Tahun 2025 untuk

Provinsi Jambi dengan capaian 15,82% dari 1.062 tempat kerja formal yang tersebar di 11 kabupaten/kota, capaian ini belum memenuhi target yang telah ditetapkan sebesar 25% dari tempat kerja formal.

Tabel 2.3
Jumlah Pos UKK Yang Terbentuk di Tempat Kerja
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

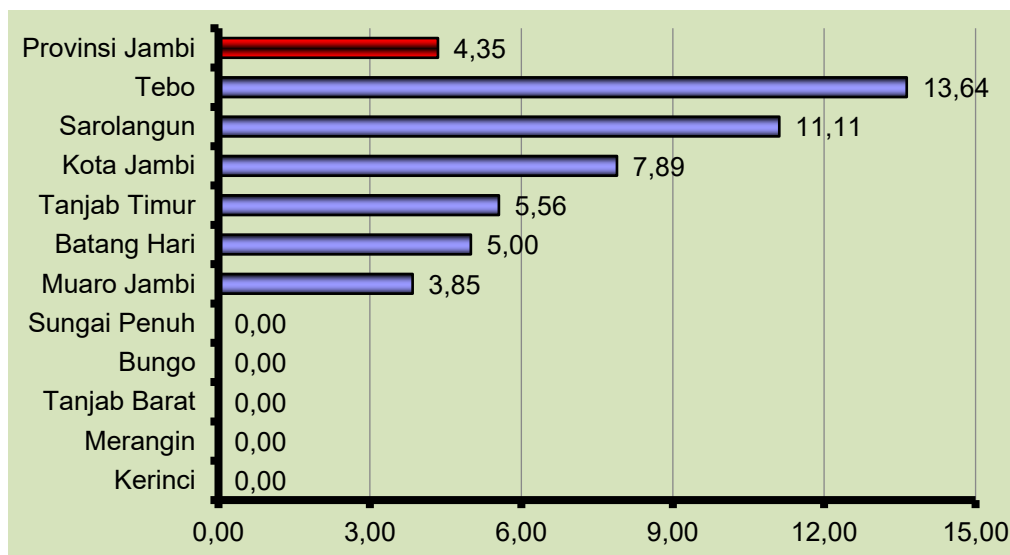
No	Kabupaten/Kota	Jumlah Puskesmas	Target	Capaian	Persen
1	2	3	4	5	6
1.	Kerinci	21	42	42	100,00
2.	Merangin	27	54	26	48,15
3.	Sarolangun	16	32	20	62,50
4.	Batanghari	18	36	30	83,33
5.	Muaro Jambi	23	46	25	54,35
6.	Tanjab Timur	17	34	18	44,12
7.	Tanjab Barat	16	32	15	56,25
8.	Tebo	20	40	16	30,00
9.	Bungo	19	38	12	42,11
10.	Kota Jambi	20	40	30	75,00
11.	Sungai Penuh	11	22	16	72,73
Jumlah		208	416	250	60,10

Sumber : Seksi Kesling dan Kesjaor, Bidang Kesmas, 2025

Dari tabel di atas terlihat bahwa dari 11 kabupaten/kota terdapat 1 kabupaten yaitu Kabupaten Kerinci yang mencapai target RPJMN dimana minimal 2 pos UKK yang terbentuk di tempat kerja informal pada masing-masing puskesmas. Tahun 2025 untuk Provinsi Jambi dengan capaian 60,19% (250 Pos UKK) dari minimal 416 Pos UKK yang tersebar di 11 kabupaten/kota, sehingga capaian ini belum memenuhi target yang telah ditetapkan.

Indikator persentase fasyankes melaksanakan pelayanan kesehatan penyakit akibat kerja Tahun 2025 di Provinsi Jambi dengan capaian 4,35% dari 253 fasyankes puskesmas dan rumah sakit di wilayah 11 kabupaten/kota, capaian ini belum memenuhi target yang telah ditetapkan sebesar 10% fasyankes. Sementara dari 11 kabupaten/kota terdapat 2 kabupaten yaitu Kabupaten Sarolangun dan Tebo yang mencapai target RPJMN dimana minimal 10% fasyankes melaksanakan pelayanan kesehatan penyakit akibat kerja sebagaimana disajikan pada gambar 2.7 berikut.

Gambar 2.7
Persentase Fasyankes Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Penyakit Akibat Kerja (PAK) Per Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : Seksi Kesling dan Kesjaor, Bidang Kesmas, 2025

Program Prioritas berikutnya adalah Pengendalian Penyakit dan Pembudayaan Hidup Sehat turunannya yaitu Pembudayaan Hidup Sehat dan Pengendalian Faktor Risiko PTM, memiliki 2 indikator; (1) Proporsi penduduk dengan aktivitas fisik yang cukup (Persentase penduduk usia ≥ 10 tahun melakukan aktivitas fisik ≥ 150 menit dalam 1 minggu); (2) Persentase Penduduk dengan Literasi Kesehatan (Persentase penduduk dengan skor literasi kesehatan masuk kategori "sufficient" dan "excellent").

Tabel 2.4
Persentase Kabupaten/Kota Yang Menggerakkan Masyarakat Melakukan Aktifitas Fisik Sesuai Standar di Provinsi Jambi Tahun 2025

No	Kabupaten/Kota	Target (Kegiatan)	Capaian	Status Indikator
1	2	4	5	6
1.	Kerinci	4	9	Memenuhi
2.	Merangin	4	1	Belum memenuhi
3.	Sarolangun	4	0	Belum memenuhi
4.	Batanghari	4	4	Memenuhi
5.	Muaro Jambi	4	1	Belum memenuhi
6.	Tanjab Timur	4	2	Belum memenuhi
7.	Tanjab Barat	4	1	Belum memenuhi
8.	Tebo	4	1	Belum memenuhi
9.	Bungo	4	0	Belum memenuhi
10.	Kota Jambi	4	4	Memenuhi
11.	Sungai Penuh	4	1	Belum memenuhi

Sumber : Seksi Kesling dan Kesjaor, Bidang Kesmas, 2025

Pada indikator ini, kabupaten/kota telah memenuhi capaian ketika kabupaten/kota

melaksanakan minimal 4 kegiatan aktifitas fisik sesuai standar dalam satu tahun. Tahun 2025 Provinsi Jambi dengan capaian 3 kabupaten/kota menggerakkan masyarakat melakukan aktifitas fisik sesuai standar sebagaimana tabel di atas, kabupaten tersebut yaitu Kabupaten Kerinci, Batanghari, dan Kota Jambi. Dan capaian ini telah memenuhi target, dimana minimal 25% kabupaten (3 kabupaten) menggerakkan masyarakat melakukan aktifitas fisik.

5. Pelayanan Kesehatan Tradisional

Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah bentuk pengobatan dan perawatan yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris. Metode ini dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional, pelayanan kesehatan tradisional dibagi menjadi tiga jenis: empiris, komplementer, dan integrasi.

Berdasarkan perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sesuai Permenkes Nomor 13 Tahun 2022, indikator terkait kesehatan tradisional masuk sebagai salah satu komponen dalam indikator puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional yang memenuhi kriteria:

- Melakukan pelayanan kesehatan tradisional;
- Melakukan pembinaan kelompok asuhan mandiri kesehatan tradisional;
- Melakukan pendataan penyehat tradisional;
- Memiliki Ruang Terbuka Hijau (RTH) dalam bentuk Taman Obat Keluarga (TOGA);

Tabel 2.5
Puskesmas Dengan Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri (Asman)
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

Kabupaten/Kota	Puskesmas	Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri (Asman)	
		Puskesmas Memiliki Kelompok Binaan Asman	Jumlah Kelompok Binaan Asman
(1)	(2)	(3)	(4)
Kerinci	21	1	2
Merangin	27	0	0
Sarolangun	16	0	0
Batang Hari	18	14	30
Muaro Jambi	23	2	6
Tanjab Timur	17	0	0
Tanjab Barat	16	0	0
Tebo	20	3	17
Bungo	19	0	0
Kota Jambi	20	18	73
Kota Sungai Penuh	11	7	34
Provinsi	208	45	162

Sumber: Seksi Yankes Primer Bidang Yankes, 2025

Tahun 2025, di Provinsi Jambi terdapat 45 puskesmas (21,63%) yang memiliki kelompok binaan asuhan mandiri dari 208 puskesmas. Informasi selengkapnya menurut kabupaten/kota disajikan pada tabel di atas.

B. KLINIK, PRAKTIK MANDIRI TENAGA MEDIS, UNIT TRANSFUSI DARAH, DAN LABORATORIUM

1. Klinik

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan medik dasar dan/atau spesialisik secara komprehensif, sebagaimana disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan. Pada tahun 2021, Kementerian Kesehatan telah melakukan registrasi fasyankes melalui aplikasi berbasis website pada alamat [registrasifasyankes.kemkes.go.id](https://satusehat.kemkes.go.id). Berdasarkan data yang ditarik dari dashboard <https://satusehat.kemkes.go.id/data/dashboard> di Provinsi Jambi terdapat 257 klinik yang teregistrasi tersebar di 11 Kabupaten/Kota.

Berdasarkan kemampuan pelayanan klinik, terdapat 242 klinik pratama dan 15 klinik utama. Kota Jambi memiliki sarana klinik yang paling banyak yaitu berjumlah 117 klinik dan Kabupaten Kerinci memiliki jumlah klinik paling sedikit berjumlah 3 klinik.

Tabel 2.6
Jumlah Klinik Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025

KAB/KOTA	JUMLAH KLINIK UTAMA	JUMLAH KLINIK PRATAMA	JUMLAH KLINIK
(1)	(2)	(3)	(4)
Kerinci	1	2	3
Merangin	1	21	22
Sarolangun	0	9	9
Batang Hari	0	11	11
Muaro Jambi	0	21	21
Tanjab Timur	0	8	8
Tanjab Barat	0	16	16
Tebo	0	8	8
Bungo	2	29	31
Kota Jambi	9	108	117
Sungai Penuh	2	9	11
TOTAL	15	242	257

Sumber: <https://satusehat.kemkes.go.id/data/dashboard>

2. Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi

Berdasarkan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, praktik mandiri tenaga medis merupakan salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes). Praktik mandiri tenaga medis meliputi Tempat Praktik Mandiri Dokter (TPMD) dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi (TPMDG). Sesuai Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor: HK.02.02/II/4406/2021 tentang Registrasi Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan telah menghimbau kepada dokter dan dokter gigi di Indonesia yang melakukan praktik mandiri agar dapat segera melakukan proses registrasi online melalui aplikasi berbasis website pada alamat [registrasifasyankes.kemkes.go.id](https://satusehat.kemkes.go.id/data/dashboard). Berdasarkan data yang ditarik dari dashboard <https://satusehat.kemkes.go.id/data/dashboard> per 1 Januari 2026, terdapat 488 praktik mandiri tenaga medis telah teregistrasi meliputi sebanyak 334 TPMD dan 154 TPMDG, rincian data dapat dilihat pada Lampiran Tabel 4.

3. Unit Transfusi Darah (UTD)

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, Unit Transfusi Darah (UTD) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan donor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah.

Pada tahun 2025, di Provinsi Jambi terdapat UTD teregistrasi sebanyak 4 Unit, transfusi darah dengan status kepemilikan 1 unit milik pemerintah provinsi dan 3 unit milik pemerintah kabupaten/kota, rincian data dapat dilihat pada Lampiran Tabel 4.

C. LABORATORIUM KESEHATAN

Laboratorium kesehatan merupakan salah satu sarana penunjang dalam pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan. Laboratorium kesehatan melaksanakan pengukuran, penetapan dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia dan/atau bahkan bukan berasal dari manusia untuk penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, kondisi kesehatan atau faktor risiko yang dapat berpengaruh pada kesehatan perseorangan dan/atau masyarakat. Laboratorium kesehatan diperlukan untuk memeriksa, menganalisa, menguraikan, dan mengidentifikasi bahan dalam penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, dan kondisi kesehatan tertentu.

Jumlah laboratorium kesehatan di Provinsi Jambi berjumlah 17 sarana, dengan status kepemilikan 1 unit milik pemerintah provinsi, 7 milik pemerintah kabupaten/kota, dan 9 unit

milik swasta, rincian data dapat dilihat pada Lampiran Tabel 4.

D. RUMAH SAKIT

Sebagai upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat selain dilakukan upaya promotif dan preventif, diperlukan juga upaya kuratif dan rehabilitatif. Selain menyediakan upaya kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif, rumah sakit yang juga berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit diklasifikasikan atau di kelompokkan kelasnya berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang, dan sumber daya manusia.

1. Jenis Rumah Sakit

Rumah sakit yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan diselenggarakan oleh berbagai instansi atau lembaga, antara lain pemerintah pusat, pemerintah daerah, TNI/POLRI, BUMN, dan swasta. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.

Tahun 2025 di Provinsi Jambi terdapat 45 rumah sakit yang terdiri dari; 42 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 3 Rumah Sakit Khusus (RSK). Dan pada September 2025 terdapat 1 RS yang tidak operasional yaitu RS Erni Medika di Kota Jambi.

Tabel 2.7
Rumah Sakit Menurut Kepemilikan dan Berdasarkan Jenis Pelayanan per Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi tahun 2025

KAB/KOTA	Rumah Sakit Menurut Kepemilikan				RS Berdasarkan Jenis Pelayanan	
	Pemprov	Pemkab/Pemkot	Swasta	TNI/Polri	RSU	RSK
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Kerinci	0	2	0	0	2	0
Merangin	0	1	3	0	4	0
Sarolangun	0	1	1	0	2	0
Batang Hari	0	1	1	0	2	0
Muaro Jambi	0	3	0	0	3	0
Tanjab Timur	0	2	0	0	2	0
Tanjab Barat	0	2	0	0	2	0
Tebo	0	1	1	0	2	0
Bungo	0	3	3	0	5	1
Kota Jambi	0	2	11	2	14	1
Sungai Penuh	0	2	1	0	3	0
Provinsi	2	0	0	0	1	1
JUMLAH	2	20	21	2	42	3

Sumber: Seksi Yankes Rujukan Bidang Yankes, 2025

2. Tipe Rumah Sakit

Rumah sakit dikelompokkan berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang, dan sumber daya manusia menjadi Kelas A, Kelas B, Kelas C, dan Kelas D. Jumlah rumah sakit (RS) di Provinsi Jambi menurut kelas terbanyak yaitu tipe C (24 RS) sebesar 53,33%, kemudian kelas D (16 RS) sebesar 35,56%, kelas B (2 RS) sebesar 4,44%, kelas D pratama (2 RS) sebesar 4,44%, dan kelas A (1 RS) sebesar 2,22%.

Tabel 2.8
Rumah Sakit Menurut Kelas di Provinsi Jambi
Tahun 2025

No	Nama Rumah Sakit	Pemilik	Kab/Kota	Kelas
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	RS Raden Mattaher Provinsi Jambi	Pemprov	Kota Jambi	B
2	RS Jiwa Daerah Kol. H. M. Syukur	Pemprov	Kota Jambi	A
3	RSUD H. Hanafie	Pemkab	Bungo	B
4	RS Siloam	Swasta	Kota Jambi	C
5	RS Tk. IV dr. Bratanata	TNI	Kota Jambi	C
6	RSUD Mayjen H. A. Thalib	Pemkot	Kota Sungai Penuh	C
7	RSUD Kolonel Abundjani	Pemkab	Merangin	C
8	RSUD Prof. Dr. H. Chatib Quzwain	Pemkab	Sarolangun	C
9	RSUD Sultan Thaha Saifuddin	Pemkab	Tebo	C
10	RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe	Pemkab	Batanghari	C
11	RSUD Ahmad Ripin	Pemkab	Muaro Jambi	C
12	RSUD KH.Daud Arif	Pemkab	Tanjab Barat	C
13	RSUD Nurdin Hamzah	Pemkab	Tanjab Timur	C
14	RSUD H. Abdul Manap	Pemkot	Kota Jambi	C
15	RS Bhayangkara	Polri	Kota Jambi	C
16	RS Santa Theresia Jambi	Swasta	Kota Jambi	C
17	RS Ibu dan Anak Annisa	Swasta	Kota Jambi	C
18	RS Royal Prima	Swasta	Kota Jambi	C
19	RS Mitra Kota	Swasta	Kota Jambi	C
20	RS Umum Baiturahim	Swasta	Kota Jambi	C
21	RS Islam Arafah	Swasta	Kota Jambi	C
22	RS Umum Kambang	Swasta	Kota Jambi	C
23	RS Raudhah	Swasta	Merangin	C
24	RS Permata Hati	Swasta	Bungo	C
25	RS Mitra Medika Batang Hari	Swasta	Batanghari	C
26	RS Rapha Theresia	Swasta	Kota Jambi	C
27	RSIA Moelia	Swasta	Bungo	C
28	RSUD Sungai Bahar	Pemkab	Muaro Jambi	D
29	RSUD Sungai Gelam	Pemkab	Muaro Jambi	D
30	RSUD H. Abdurrahman Sayoeti	Pemkot	Kota Jambi	D
31	RS Umum Erni Medika	Swasta	Kota Jambi	D
32	RS Umum Rimbo Medika	Swasta	Kota Jambi	D
33	RS Andimas	Swasta	Merangin	D
34	RS Merangin Medical Centre	Swasta	Merangin	D
35	RS Jabal Rahmah Medika	Swasta	Bungo	D
36	RS Umum Setia Budi	Swasta	Tebo	D
37	RSUD Suryah Khairuddin	Swasta	Tanjab Barat	D
38	RS Melati	Swasta	Kota Sungai Penuh	D
39	RSU Langit Golden Medika	Swasta	Sarolangun	D

No	Nama Rumah Sakit	Pemilik	Kab/Kota	Kelas
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40	RSUD Rantau Ikil	Pemkab	Bungo	D
41	RSUD H. Bakri	Pemkab	Kota Sungai Penuh	D
42	RSUD Kuamang Kuning	Pemkab	Bungo	D
43	RSUD Bukit Kerman	Pemkab	Kerinci	D
44	RSUD Rantau Rasau	Pemkab	Tanjab Timur	D Pratama
45	RSUD Kabupaten Kerinci	Pemkab	Kerinci	D Pratama

Sumber : Seksi Yankes Rujukan Bidang Yankes, 2025

3. Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit

Dalam standar *World Health Organization* (WHO), standar terpenuhi atau tidaknya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rujukan dan perorangan di suatu wilayah dapat dilihat dari rasio tempat tidur terhadap 1.000 penduduk. Standar WHO adalah 1 tempat tidur untuk 1.000 penduduk.

Rasio tempat tidur rumah sakit di Provinsi Jambi tahun 2025 sebesar 1 : 1,20 artinya Provinsi Jambi memiliki 1 tempat tidur rumah sakit untuk setiap 1.000 penduduk, sehingga jumlah tempat tidur rumah sakit di Provinsi Jambi telah mencukupi menurut standar WHO. Namun, menurut rincian kabupaten/kota, terdapat 8 kabupaten/kota yang belum memenuhi standar WHO sebagaimana disajikan pada tabel berikut.

Tabel 2.9
Rasio Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit per 1000 Penduduk
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

KABUPATEN/KOTA	JUMLAH PENDUDUK	JUMLAH RUMAH SAKIT	TT	RASIO
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
KERINCI	258.208	2	81	0,31
MERANGIN	378.357	4	363	0,96
SAROLANGUN	310.679	2	227	0,73
BATANGHARI	320.281	2	261	0,85
MUARO JAMBI	430.246	3	212	0,49
TANJAB TIMUR	241.154	2	150	0,62
TANJAB BARAT	339.625	2	178	0,52
TEBO	359.638	2	183	0,51
BUNGO	386.114	6	498	1,32
KOTA JAMBI	642.264	17	2.102	3,27
KOTA SUNGAI PENUH	101.916	3	253	2,48
PROVINSI	3.768.482	45	4.527	1,20

Sumber : Seksi Yankes Rujukan Bidang Yankes, 2025

Jumlah Penduduk bersumber KMK No HK.01/Menkes/140/2024 dan BPS Prov Jambi

4. Akreditasi Rumah Sakit

Dalam RPJMN 2025-2029, salah satu sasaran yang ingin dicapai adalah pemerataan pelayanan kesehatan melalui peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Indikator sasaran strategis yang ingin dicapai adalah 85% RS pemerintah terakreditasi Paripurna pada akhir periode tahun 2029, dari baseline awal sekitar 37%.

Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi. Akreditasi Rumah sakit dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Dengan penerapan standar akreditasi mendorong perunahan pelayanan rumah sakit yang lebih berkualitas dan peningkatan Kerjasama antara disiplin profesi dalam perawatan pasien, yang dapat meningkatkan mutu pelayanan dan menambah kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.

Tabel 2.10
Status Akreditasi Rumah Sakit Pemerintah Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

KABUPATEN/KOTA	UMLAH RUMAH SAKIT PEMERINTAH	STATUS AKREDITASI RUMAH SAKIT PEMERINTAH		
		PARIPURNA	UTAMA	BELUM AKREDITASI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
KERINCI	2	0	1	1
MERANGIN	1	1	0	0
SAROLANGUN	1	1	0	0
BATANGHARI	1	1	0	0
MUARO JAMBI	3	1	2	0
TANJAB TIMUR	2	1	0	1
TANJAB BARAT	2	1	1	0
TEBO	1	1	0	0
BUNGO	3	1	0	2
KOTA JAMBI	6	5	1	0
KOTA SUNGAI PENUH	2	0	2	0
PROVINSI	24	13	7	4

Sumber: Seksi Yankes Rujukan Bidang Yankes, 2025

Tahun 2025, dari 45 (empat puluh lima) RS di Provinsi Jambi, terdapat 24 (dua puluh empat) RS Pemerintah dan TNI/POLRI dengan status akreditasi sebagai berikut; 13 RS (54,17%) paripurna, 7 RS (29,17%) utama, dan 4 RS (16,67%) belum akreditasi. Keempat RS yang belum akreditasi, diantaranya satu RS yang baru operasional pada akhir tahun 2025 (RSUD Kab. Kerinci), sementara akreditasi dilakukan 1 tahun setelah RS operasional (belum layak dilakukan akreditasi), dan tiga RS lain yaitu; 1 RS di Kab. Tanjab Timur (RSUD Rantau Rasau) serta 2 RS di Kabupaten Bungo (RS Kuamang Kuning dan RSUD Rantau Ikil) yang dalam proses pembinaan persiapan akreditasi.

5. Rekam Medis Elektronik (RME) Rumah Sakit

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat yang baik dibutuhkan beberapa syarat. Salah satu syarat yang dimaksud adalah tersedianya data yang lengkap, tidak hanya tentang keadaan kesehatan pasien yang menjadi tanggung jawab dokter tetapi juga tentang keadaan lingkungan fisik serta lingkungan non fisik masing-masing. Semua data tersebut perlu dicatat serta disimpan sebaik-baiknya, sehingga apabila diperlukan ke depan dapat dengan mudah diambil kembali. Berkas atau catatan yang berisikan data yang dimaksud di atas dalam praktek kedokteran dikenal dengan nama Rekam Medis (*Medical Record*). Peranan rekam medis dalam pelayanan kesehatan sangat penting karena macam dan jenis data pada pelayanan kesehatan relatif lebih banyak dan kompleks.

Di era digital ini, semua serba efisien dengan penggunaan teknologi informasi. Salah satu penggunaan teknologi informasi (TI) di bidang rekam medis adalah pemanfaatan RME. RME merupakan sistem informasi kesehatan terkomputerisasi yang berisi data sosial dan data medis pasien, serta dapat dilengkapi dengan sistem pendukung keputusan. RME dapat membantu manajemen pelayanan kesehatan pasien dengan lebih baik. Pengguna merupakan aspek penting untuk mewujudkan RME yang ideal. Dengan memahami persepsi pengguna mengenai RME dapat ditemukan rekomendasi yang tepat untuk memaksimalkan adopsi RME dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan pasien. Penyelenggaraan rekam medis secara elektronik sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan profesionalisme dan manajemen kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan untuk mempermudah sistem pelaporan yang dilakukan oleh seluruh pemberi pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Secara administratif, RME bermanfaat sebagai gudang penyimpanan informasi secara elektronik mengenai status kesehatan dan layanan kesehatan yang diperoleh pasien sepanjang hidupnya. Selain itu, penggunaan RME memberikan manfaat kepada dokter dan petugas kesehatan dalam mengakses informasi pasien yang pada akhirnya membantu dalam pengambilan keputusan klinis. Pencatatan rekam medis adalah wajib bagi dokter dan dokter gigi yang melakukan tindakan medis kepada pasien, sesuai dengan aturan sehingga tidak ada alasan bagi dokter untuk tidak membuat rekam medis tersebut. RME merupakan solusi bagi rumah sakit untuk mengatasi berbagai masalah yang sering terjadi di rumah sakit seperti tempat penyimpanan yang besar, hilangnya rekam medis, pengeluaran data yang dibutuhkan, dan lain-lain.

Saat ini diperlukan pertukaran informasi yang sangat cepat dan akurat untuk mendukung pelayanan menjadi lebih efisien dan bermutu. RME di Rumah Sakit harus dilaksanakan dan menjadi salah satu kunci keberhasilan pelayanan kesehatan. Keadaan geografis Indonesia, keterbatasan SDM tenaga kesehatan, keterbatasan sarana dan prasarana serta mobilitas penduduk membutuhkan pelayanan kesehatan yang dapat dilaksanakan dimana saja dengan disertai pertukaran informasi kesehatan yang akurat.

Dengan memahami persepsi pengguna mengenai RME dapat ditemukan rekomendasi yang tepat untuk memaksimalkan adopsi RME dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan pasien. Implementasi RME tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2022 pasal 45 yang menyatakan bahwa seluruh fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan RME sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023.

Pada tahun 2025, dari 45 RS di Provinsi Jambi, 41 RS dengan status terdaftar, terkoneksi, dan terintegrasi pada SatuSehat Platform (SSP). Status terdaftar dimaksud adalah “telah terdaftar di SatuSehat Portal atau status memiliki RME di DFO”, status terkoneksi “telah diberikan API Production”; dan status terintegrasi “telah mengirimkan data ke SatuSehat” (data

ditarik pada 1 Januari 2026). Keempat RS yang masih belum terdaftar maupun terkoneksi dan terintegrasi adalah RSUD Kab. Kerinci, RSUD Rantau Rasau, RSUD Rantau Ikil, dan RSUD Kuamang Kuning.

E. KETERSEDIAAN OBAT DAN VAKSIN IRL (Imunisasi Rutin Lengkap)

1. Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial dan Vaksin IRL

Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya dalam meningkatkan ketersediaan obat publik dan perbekalan kesehatan untuk menjamin akses, kemandirian dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan. Upaya tersebut dilakukan melalui penyediaan obat, vaksin, dan perbekalan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah. Kementerian Kesehatan telah menetapkan indikator sasaran strategis dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 sebagai salah satu tolok ukur keberhasilan pencapaian upaya tersebut. Adapun indikator sasaran strategis tersebut yaitu persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial dan vaksin IRL. Definisi operasional dari indikator tersebut adalah persentase puskesmas yang memiliki ketersediaan minimal 90% dari 40 item obat esensial dan 7 jenis vaksin IRL sesuai kebutuhan saat dilakukan pemantauan.

Tabel 2.11
Persentase Puskesmas Dengan Ketersediaan Obat Esensial dan Vaksin IRL
Di Provinsi Jambi Tahun 2025

No.	Kab/Kota	Jumlah puskesmas	Jumlah Puskesmas Dengan Ketersediaan Obat Essensial dan Vaksin IRL
(1)	(2)	(3)	(4)
1	KERINCI	21	17
2	MERANGIN	27	10
3	SAROLANGUN	16	13
4	BATANGHARI	18	10
5	MUAROJAMBI	22	19
6	TANJAB TIMUR	17	13
7	TANJAB BARAT	16	15
8	TEBO	20	19
9	BUNGO	19	13
10	KOTA JAMBI	20	20
11	KOTA SUNGAI PENUH	11	11
Jumlah Puskesmas Yang Memiliki 90% Obat Esensial Dan Vaksin IRL			160
Jumlah Puskesmas			208
Persentase Puskesmas Dengan Ketersediaan Obat Esensial Dan Vaksin IRL			76,76%

Sumber: Seksi Kefarmasian Bidang SDK, 2025

Pemantauan dilakukan terhadap 40 item obat yang dianggap esensial dan harus tersedia di pelayanan kesehatan dasar. Obat-obat yang dipilih sebagai obat indikator

merupakan obat pendukung program tuberkulosis, malaria, kesehatan keluarga, gizi, dan imunisasi serta obat pelayanan kesehatan dasar esensial yang terdapat di dalam Formularium Nasional. Sedangkan vaksin IRL terdiri dari 7 jenis vaksin terdiri dari Vaksin Hepatitis B, Vaksin BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*), Vaksin DPT-HB- HIB (Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, *Haemophilus Influenza* tipe B), Vaksin Polio, Vaksin Campak/Campak Rubella, Vaksin Rotavirus, dan Vaksin PCV.

Tahun 2025, di Provinsi Jambi dari 208 puskesmas, terdapat 160 (76,76%) puskesmas yang memiliki 90% obat esensial dan vaksin IRL sebagaimana disajikan pada tabel di atas. Capaian ini melebihi target yang telah ditetapkan dalam Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029 yaitu sebesar 65%, data secara rinci dapat dilihat pada lampiran tabel 11.

F. SARANA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN

1. Sarana Produksi dan Distribusi Bidang Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Cakupan sarana produksi bidang kefarmasian dan alat kesehatan menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan. Sarana produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan antara lain Industri Farmasi, Industri Obat Tradisional (IOT), Usaha Kecil Obat Tradisional/Usaha Mikro Obat Tradisional (UKOT/UMOT), Produksi Alat Kesehatan (Alkes), dan Produksi Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT), dan Industri Kosmetika.

Pada tahun 2025 terdapat 748 apotek, 126 toko obat, 8 toko alat kesehatan, 22 Pedagang Besar Farmasi, serta 3 sarana UKOT/UMOT, data secara rinci dapat dilihat pada lampiran tabel 4.

G. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT (UKBM)

1. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

Berdasarkan Permendagri 13 Tahun 2024, Posyandu termasuk dalam Lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan (LKD/K) yang bertugas membantu Kepala Desa/Lurah dalam peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat Desa/Kelurahan. Transformasi posyandu saat ini mencakup 6 bidang Standar Pelayanan Minimal (SPM), yaitu: Bidang Pendidikan, Bidang Kesehatan, Bidang Pekerjaan Umum, Bidang Perumahan Rakyat, Bidang Trantibum dan Linmas, serta Bidang Sosial.

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Kementerian Kesehatan dengan komitmen melaksanakan transformasi layanan primer, melaksanakan peningkatan kapasitas posyandu untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap edukasi, skrining, dan pelayanan promotif preventif bagi sasaran siklus hidup. Posyandu di garda depan, terdekat

dengan masyarakat, sangat strategis mendukung puskesmas untuk memperkuat upaya promosi kesehatan serta pencegahan penyakit bagi sasaran siklus kehidupan, serta memperkuat pemantauan wilayah setempat. Sehubungan dengan hal itu posyandu yang selama ini berjalan masih bersifat programatik seperti Posyandu KIA, Posyandu Lansia, Posyandu Remaja, Posbindu PTM dengan adanya transformasi layanan kesehatan primer mengintegrasikan dalam satu Lembaga Kemasyarakatan Desa/ Kelurahan “Posyandu”. Posyandu menyediakan layanan untuk seluruh sasaran siklus kehidupan, mulai dari ibu hamil, bersalin dan nifas, bayi, balita, anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia. Hal ini sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No.HK.01.07/MENKES/2015/2023 tahun 2023 tentang Petunjuk Tehnis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Diharapkan Posyandu dalam kerangka LKD/K dilengkapi dengan tempat permanen, pengurus dan kader yang memadai, anggaran operasional memadai serta prasarana kesehatan yang memenuhi standar, peralatan kesehatan.

Kementerian Kesehatan melaksanakan pembinaan teknis bagi posyandu dengan mengacu sasaran Permenkes 12 Tahun 2025 Renstra Kementerian Kesehatan yaitu indikator Tahun 2025 ditargetkan kabupaten/kota dengan minimal 75% posyandu siklus hidup yang aktif Adalah 25%.. Adapun definisi operasional Posyandu aktif adalah jika memenuhi kriteria:

- 1) Melakukan kegiatan rutin Posyandu (pelayanan kesehatan ibu hamil/balita/remaja/usia produktif/lansia) 1 kali dalam satu sebulan minimal 8 kali/tahun;
- 2) Memberikan pelayanan kesehatan minimal untuk ibu hamil dan atau balita dan atau remaja;
- 3) Memiliki minimal 5 orang kader.

Jumlah posyandu di Provinsi Jambi pada tahun 2025 sebanyak 3.517 terdiri dari 3.298 aktif (93,8%) dan masih terdapat 219 posyandu (6,2%) yang tidak aktif. Artinya bahwa semua kabupaten/kota telah memenuhi target 85% kabupaten/kota dengan minimal 80% posyandu aktif, data secara rinci dapat dilihat pada lampiran tabel 12.

BAB 3

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan salah satu komponen penting dalam pembangunan kesehatan. SDMK diperlukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal dan juga sebagai pelaksana upaya dan pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan.

Pada bab ini, pembahasan mengenai SDMK mencakup tenaga kesehatan, baik di seluruh fasilitas kesehatan, maupun secara rinci di puskesmas dan rumah sakit, serta pendayagunaan tenaga kesehatan.

A. JUMLAH TENAGA KESEHATAN

Pengembangan dan pengelolaan SDM kesehatan diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan. Undang-undang tersebut mendefinisikan SDM kesehatan sebagai seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. SDM kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan

SDM kesehatan dapat dilihat berdasarkan pendekatan tugas dan fungsi. Jika dilihat menggunakan kedua pendekatan tersebut, jumlah SDM kesehatan di Provinsi Jambi pada tahun 2025 sebanyak 32.382 orang yang terdiri dari 2.646 tenaga medis (8,17%), 22.879 tenaga kesehatan (70,65%) dan 6.857 (21,18%) tenaga penunjang kesehatan.

Dalam ruang lingkup tenaga kesehatan, proporsi tenaga kesehatan terbanyak yaitu tenaga keperawatan sebanyak 36,21% (8.284 orang) diikuti tenaga bidan sebanyak 32,02% (7.326 orang). Sedangkan proporsi tenaga kesehatan yang paling sedikit yaitu tenaga kesehatan tradisional sebesar 0,04% (9 orang), seperti tabel 3.1 berikut.

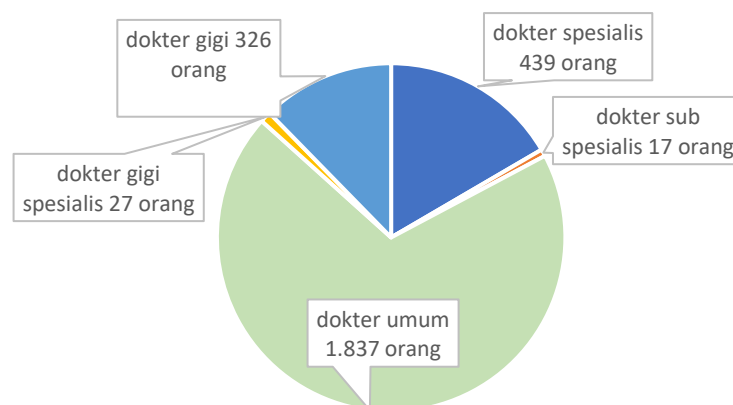
Tabel 3.1
Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Berdasarkan Fasilitas Kesehatan
di Provinsi Jambi Tahun 2025

Sumber Daya Manusia Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit	Sarana Kesehatan Lainnya	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(7)
Tenaga Medis	928	1.382	336	2.646
Tenaga Keperawatan	3.325	4.349	610	8.284
Tenaga Kebidanan	5.025	1.448	853	7.326
Tenaga Kesehatan Masyarakat	609	244	487	1.340
Tenaga Kesehatan Lingkungan	305	110	76	491
Tenaga Gizi	316	173	31	520
Tenaga Kefarmasian	538	743	857	2.138
Tenaga Psikologis Klinis	0	15	13	28
Tenaga Kesehatan Tradisional	0	0	9	9
Tenaga Teknik Biomedika	344	738	197	1.279
Tenaga Keterampilan Fisik	17	181	22	220
Tenaga Keteknisian Medik	380	359	89	828
Tenaga Kesehatan Lainnya	7	8	22	37
Tenaga Asisten Nakes	176	125	78	379
Tenaga Penunjang	871	3.689	2.297	6.857
Jumlah	12.841	13.564	5.977	32.382

Sumber : Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan
Bidang Sumber Daya Kesehatan, 2025

Berdasarkan fungsinya dalam memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan, jumlah tenaga medis di Provinsi Jambi sebanyak 2.646 orang (8,17%). Tenaga medis tersebut sebagian besar merupakan dokter yaitu sebesar 1.837 orang (69,43%). Proporsi tenaga medis dapat dilihat pada gambar 3.1 berikut.

Gambar 3.1
Proporsi Tenaga Medis Di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan
Bidang Sumber Daya Kesehatan, 2025

1. Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Puskesmas adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Dalam rangka mendukung fungsi dan tujuan penyelenggaraannya, puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, ketenagaan, kefarmasian, dan laboratorium klinik.

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, setidaknya harus memiliki 9 jenis tenaga kesehatan. Kesembilan jenis tenaga kesehatan ini meliputi; dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik (ATLM), apoteker, kesehatan Masyarakat, dan tenaga gizi.

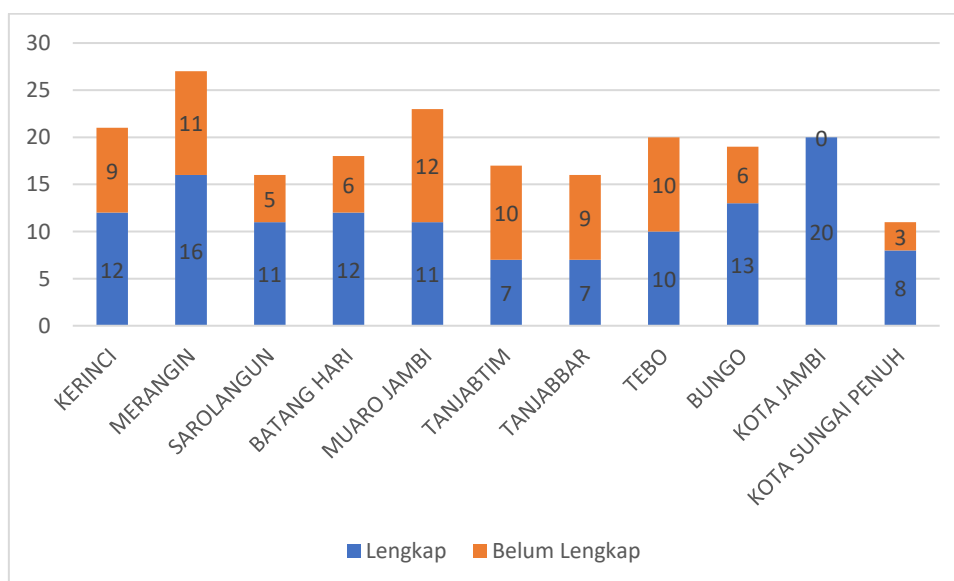
Tabel 3.2
Pemenuhan 9 Jenis Tenaga Berdasarkan Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

Kabupaten/Kota	Jumlah Puskesmas	Dokter	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Kesmas	Kesling	ATLM	Gizi	Kefarmasian	Jumlah Jenis Tenaga Terpenuhi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(10)	(7)	(8)	(11)	(9)	(10)
Kerinci	21	21	16	21	21	21	19	21	19	21	6
Merangin	27	26	19	27	27	27	24	27	27	26	5
Sarolangun	16	16	14	16	16	16	14	15	13	16	5
Batang Hari	18	18	16	18	18	18	15	17	18	18	6
Muaro Jambi	23	23	19	23	23	22	21	21	19	22	3
Tanjab Timur	17	17	10	17	17	17	15	17	14	16	5
Tanjab Barat	16	16	8	16	16	16	15	16	16	16	7
Tebo	20	19	17	19	19	19	18	19	16	19	0
Bungo	19	19	18	19	19	18	17	18	17	18	3
Kota Jambi	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	9
Kota Sungai Penuh	11	11	8	11	11	11	11	11	11	11	8
Jumlah	208	206	165	207	207	205	189	202	190	203	

Sumber : Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan
Bidang Sumber Daya Kesehatan, 2025

Tahun 2025 di Provinsi Jambi dari 208 puskesmas yang tersebar di 11 kabupaten/kota, untuk pemenuhan 9 jenis tenaga, hanya Kota Jambi yang memiliki lengkap 9 jenis tenaga di puskesmas, sementara Kabupaten Tebo tidak semua puskesmasnya memiliki lengkap 9 jenis tenaga. Dan Provinsi Jambi terdapat 206 puskesmas dengan dokter, dimana terdapat 2 puskesmas belum memiliki dokter yang terdapat di Kabupaten Merangin dan Kabupaten Tebo, ini merupakan indikator pertama program Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia (PPSDM) Kesehatan yang harus terpenuhi. Dan pada tabel 3.2 tersebut terlihat bahwa tenaga medis dokter gigi merupakan tenaga yang paling banyak tidak terpenuhi sebanyak 20,67% (43 puskesmas) yang tersebar di 10 kabupaten/kota.

Gambar 3.2
Puskesmas Lengkap 9 Jenis Tenaga
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan
Bidang Sumber Daya Kesehatan, 2025

Tahun 2025 di Provinsi Jambi dari 208 puskesmas yang tersebar di 11 kabupaten/kota, terdapat 127 puskesmas (61,06%) lengkap 9 jenis tenaga yang merupakan indikator kedua program Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia (PPSDM) Kesehatan yang belum terpenuhi, dimana masih terdapat 81 puskesmas (38,94%) yang belum lengkap 9 jenis tenaga. Kabupaten Tanjung Jabung Timur merupakan kabupaten lebih dari 50% belum lengkap untuk 9 jenis tenaga yaitu sebesar 58,82% (10 puskesmas belum lengkap dari 17 puskesmas). Sedangkan Kota Jambi dengan puskesmas yang lengkap 9 jenis tenaga.

2. Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit

Selain pelayanan kesehatan dasar yang utamanya diselenggarakan oleh puskesmas, di Indonesia juga terdapat pelayanan kesehatan rujukan yang diselenggarakan oleh rumah sakit. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mendefinisikan rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Di Provinsi Jambi, tahun 2025 terdapat 45 rumah sakit yang terdiri dari 21 RS Pemerintah, 2 RS TNI/POLRI, 1 Rumah Sakit Khusus, 2 RS Ibu dan Anak, dan 19 RS swasta

Tabel 3.3
Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan dan Tipe RS
di Provinsi Jambi Tahun 2025

Kabupaten/Kota	Rumah Sakit	Pemerintah	TNI /POLRI	Rumah Sakit Khusus	Rumah Sakit Ibu Anak	Swasta	Tipe RS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Kerinci	RSUD Bukit Kerman	V	-	-	-	-	D
	RSUD Kab. Kerinci	V	-	-	-	-	D PRATAMA
Merangin	RSUD Kol. Abundjani	V	-	-	-	-	C
	RS Raudah	-	-	-	-	V	C
	RS Andimas	-	-	-	-	V	D
	RS Merangin Medical Center	-	-	-	-	V	D
	RSUD Prof. DR. HM. Chatib Quzwain	V	-	-	-	-	C
Batang Hari	RS Langit Golden Medika	-	-	-	-	V	C
	RSUD Abdoel Madjid Batoe	V	-	-	-	-	C
	RS Mitra Medika	-	-	-	-	V	C
Muaro Jambi	RSUD Ahmad Ripin	V	-	-	-	-	C
	RSUD Sei Bahar	V	-	-	-	-	D
	RSUD Sei Gelam	V	-	-	-	-	D
Tanjung Timur	RS Nurdin Hamzah	V	-	-	-	-	C
	RSUD Rantau Rasau	V	-	-	-	-	D PRATAMA
Tanjung Barat	RSUD KH Daud Arif	V	-	-	-	-	C
	RSUD Surya Khairudin	V	-	-	-	-	D
Tebo	RSUD Sultan Thaha Saifuddin	V	-	-	-	-	C
	RS Setia Budi	-	-	-	-	V	D
Bungo	RSUD H.Hanafie	V	-	-	-	-	B
	RS Permata Hati	-	-	-	-	V	C
	RSIA Moelia	-	-	-	V	-	C
	RS Jabal Rahmah Medika	-	-	-	-	V	D
	RSUD Rantau Ikil	V	-	-	-	-	D
Kota Jambi	RSUD Kuamang Kuning	V	-	-	-	-	D
	RSUD Rd.Mattaher	V	-	-	-	-	B
	RS Jiwa Daerah Kol. H. M. Syukur	-	-	V	-	-	A
	RS Siloam	-	-	-	-	V	B
	RSUD H.A. Manap	V	-	-	-	-	C
	RS Bratanata	-	V	-	-	-	C
	RS Bhayangkara	-	V	-	-	-	C
	RS Royal Prima	-	-	-	-	V	C
	RS St.Theresia	-	-	-	-	V	C
	RSI Arafah	-	-	-	-	V	C
	RS Kambang	-	-	-	-	V	C
	RS Baiturahim	-	-	-	-	V	C
	RS Mitra	-	-	-	-	V	C
	RS Rapha Theresia	-	-	-	-	V	C
	RSIA Annisa	-	-	-	V	-	C
	RSUD HAS	V	-	-	-	-	D
	RS Rimbo Medika	-	-	-	-	V	D
	RS Erni Medika	-	-	-	-	V	D
	RSUD Mayjen H. A.Thalib	V	-	-	-	-	C
	RSUD H.Bakri	V	-	-	-	-	D
	RS Melati	-	-	-	-	V	D
	Jumlah	21	2	1	2	19	45

Sumber: Seksi Yankes Rujukan
Bidang Pelayanan Kesehatan, tahun 2025

Pemenuhan dokter spesialis 4 dasar dan 3 penunjang di rumah sakit pemerintah tipe C merupakan indikator ketiga program Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia (PPSDM) Kesehatan yang harus terpenuhi. Di Provinsi Jambi terdapat 11 RS Pemerintah dan TNI/Polri tipe C yang 90,91% terpenuhi dokter spesialis 4 dasar dan 3 penunjang yang disajikan pada tabel 3.4 berikut.

Tabel 3.4
Pemenuhan Dokter Spesialis 4 Dasar dan 3 Penunjang
di Rumah Sakit Pemerintah dan TNI/POLRI Tipe C
di Provinsi Jambi Tahun 2025

Kabupaten/Kota	Rumah Sakit	Dokter Spesialis 4 Dasar dan 3 Penunjang
(1)	(2)	(3)
Merangin	RSUD Kol. Abundjani	Lengkap
Sarolangun	RSUD Prof. DR. HM. Chatib Quzwain	Lengkap
Batang Hari	RSUD Abdoel Madjid Batoe	Lengkap
Muaro Jambi	RSUD Ahmad Ripin	Belum Lengkap
Tanjab Timur	RS Nurdin Hamzah	Lengkap
Tanjab Barat	RSUD KH Daud Arif Tanjabbar	Lengkap
Tebo	RSUD Sultan Thaha Saifuddin Tebo	Lengkap
Kota Jambi	RSUD H.A. Manap Kota Jambi	Lengkap
	RSU Bratanata	Lengkap
	RSU Bhayangkara	Lengkap
Kota Sungai Penuh	RSUD Mayjen H. A.Thalib	Lengkap

Sumber : Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan
Bidang Sumber Daya Kesehatan, 2025

B. PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN

1. Tenaga Kesehatan Nusantara Sehat

Program Nusantara Sehat (NS) merupakan program Kementerian Kesehatan RI yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil (DTPK dan DBK).

Di Provinsi Jambi, tahun 2025 terdapat 101 tenaga kesehatan Nusantara Sehat yang tersebar di 11 kabupaten/kota. Kabupaten Muaro Jambi dengan jumlah tenaga Nusantara Sehat terbesar (26,73%), serta Kota Jambi dan Kota Sungai Penuh tidak terdapat tenaga Nusantara Sehat. Sedangkan menurut jenis tenaga, tenaga medis

merupakan tenaga kesehatan terbanyak (33,66%) dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya sebagaimana disajikan pada tabel 3.5 berikut.

Tabel 3.5
Tenaga Kesehatan Nusantara Sehat Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025

Kabupaten/ Kota	Tenaga Medis	Tenaga Perawat	Tenaga Bidan	Tenaga Kefarmasian	Tenaga Kesmas	Tenaga Kesling	Tenaga Gizi	Keterampilan Fisik	Keteknisian Medis	Teknik Bomedika	JUM LAH
(1)	(3)	(5)	(6)	(7)	(8)	(11)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Kerinci	8	0	1	0	0	0	0	0	0	2	10
Merangin	5	0	0	0	0	5	3	0	2	2	17
Sarolangun	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Batang Hari	2	0	0	0	1	2	1	0	1	0	7
Muaro Jambi	5	0	0	2	4	5	5	0	2	4	27
Tanjab Timur	4	0	0	0	0	2	2	0	1	1	10
Tanjab Barat	5	0	0	1	1	1	2	0	1	0	11
Tebo	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4
Bungo	4	0	0	3	0	1	2	0	2	1	13
Kota Jambi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kota Sungai Penuh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jumlah	34	0	0	6	6	18	17	0	9	11	101

Sumber : Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan
Bidang Sumber Daya Kesehatan, 2025

2. Tenaga Kesehatan Kontrak

Selain tenaga kesehatan dari nusantara sehat dan tenaga tidak tetap, pemenuhan tenaga kesehatan di Provinsi Jambi juga didukung oleh tenaga kontrak. Adapun pemenuhan tenaga kontrak di Provinsi Jambi dapat di lihat seperti tabel berikut.

Tabel 3.6
Tenaga Kesehatan Kontrak Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025

Kabupaten/ Kota	Tenaga Medis	Tenaga Perawat	Tenaga Bidan	Tenaga Kefarmasian	Tenaga Kesmas	Tenaga Kesling	Tenaga Gizi	Keterampilan Fisik	Keteknisian Medis	Teknik Bomedika	JUML AH
(1)	(3)	(5)	(6)	(7)	(8)	(11)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Kerinci	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Merangin	16	164	410	21	37	2	4	2	7	6	669
Sarolangun	3	19	77	5	4	2	1	3	0	3	117
Batang Hari	6	13	6	1	1	0	3	0	0	0	30
Muaro Jambi	25	122	229	13	23	3	5	1	12	15	448
Tanjab Timur	16	66	186	4	15	1	2	1	7	11	309
Tanjab Barat	14	68	139	10	27	5	9	4	10	11	297
Tebo	2	23	45	2	22	1	0	0	1	0	96
Bungo	8	89	195	2	28	1	2	0	2	0	327
Kota Jambi	15	87	13	3	6	3	1	3	4	4	139
Kota Sungai Penuh	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5
Jumlah	108	651	1.301	61	163	18	27	14	43	51	2.437

Sumber : Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan
Bidang Sumber Daya Kesehatan, 2025

Di Provinsi Jambi, tahun 2025 terdapat 2.437 tenaga kesehatan kontrak yang tersebar di 11 kabupaten/kota. Kabupaten Merangin dengan jumlah tenaga kesehatan kontrak terbesar (27,45%). Sedangkan menurut jenis tenaga, tenaga bidan merupakan tenaga kesehatan terbanyak (53,39%) dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya sebagaimana disajikan pada tabel 3.6.

3. Program Internsip Dokter

Program internsip adalah proses pemantapan mutu profesi dokter untuk menerapkan kompetensi yang diperoleh selama pendidikan secara terintegrasi, komprehensif, mandiri, serta menggunakan pendekatan kedokteran keluarga, dalam rangka pemahiran dan penyelarasan antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2022). Sejak tahun 2022, program internsip wajib diikuti oleh dokter yang baru lulus program studi pendidikan dokter dan dokter gigi yang akan menjalankan praktik kedokteran dan/atau mengikuti pendidikan dokter spesialis. Dokter dan dokter gigi peserta program internsip harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) untuk kewenangan internsip yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan Surat Izin Praktek (SIP) Internsip yang dikeluarkan oleh kepala dinas kabupaten/kota atau PTSP (Pelayanan Terpadu Satu Pintu) di masing-masing kabupaten/kota. STR untuk kewenangan internsip dan SIP internsip hanya berlaku di wahana internsip selama menjalani internsip. Dokter peserta program internsip ditempatkan selama satu tahun di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk Kementerian Kesehatan.

Tabel 3.7
Tenaga Medis (Named) Dokter Internsip Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025

Angkatan (1)	Kabupaten/ Kota (2)	Wahana (3)	Dokter Umum (4)	Dokter Gigi (5)	Jumlah (6)
I	Kota Jambi	RS Royal Prima	15	0	47 orang
	Muaro Jambi	RSUD. Ahmad Ripin	16	0	
	Sarolangun	RSUD. Prof. DR. H. M. Chatib Quzwain	16	0	
II	Kota Jambi	RSUD. H. Abdul Manap	14	0	40 orang
	Batang Hari	RSUD. H. Madjid Batoe	15	0	
	Merangin	RSUD. Kol. Abunjani	11	0	
III	Bungo	RSUD H.Hanafie	16	0	48 orang
	Kota Jambi	RSU Baiturrahim	16	0	
	Tanjab Barat	RSUD KH Daud Arif	16	0	
IV	Kota Jambi	RS Bhayangkara	15	0	86 orang
		RS H M Syukur	0	10	
		RS. Bratanata	16	0	
	Muaro Jambi	RSUD Sungai Gelam	15	0	
		RSUD Sungai Bahar	15	0	
	Tanjab Timur	RSUD Nurdin Hamzah	15	0	
Jumlah			211	10	221

Sumber: Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan Bidang SDK, 2025

Di Provinsi Jambi, tahun 2025 terdapat 221 dokter Internsip yang tersebar di 8 kabupaten/kota dengan 4 angkatan. Kota Jambi dengan jumlah dokter internsip terbanyak sejumlah 86 dokter (38,91%) yang tersebar di 4 wahana sebagaimana disajikan pada tabel 3.7.

4. Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS)

Pendayagunaan dokter spesialis bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan pelayanan kesehatan spesialistik, pemerataan pelayanan kesehatan spesialistik, peningkatan mutu pelayanan kesehatan di daerah, dan mendukung pelaksanaan pendekatan keluarga pada pelayanan kesehatan tingkat rujukan. Terdapat tujuh jenis spesialis yang termasuk kedalam PGDS, yaitu spesialis anak (Sp.A), spesialis obstetric dan ginekologi (Sp.OG), spesialis penyakit dalam (Sp.PD), spesialis bedah (Sp.B), spesialis anastesi dan terapi intensif (Sp.An), spesialis patologi klinik (Sp.PK), dan spesialis radiologi (Sp.Rad).

Dengan terbitnya Putusan Mahkamah Agung RI Nomor 62P/HUM/2018 tanggal 18 Desember 2018 tentang Permohonan Uji Materiil atas Peraturan Presiden Nomor 4 Tahun 2017 tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS), telah dilakukan pembaruan terhadap regulasi penempatan dokter spesialis yang semula WKDS menjadi Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS) melalui Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2019 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksana Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis.

Tabel 3.8
Penempatan Tenaga Kesehatan Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS)
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

Kabupaten/ Kota	Spesialis 4 Dasar				Spesialis 5 Penunjang					Sp. BM	Sp Lainnya	JUML AH
	Sp.PD	Sp. S	Sp. A	Sp. OG	Sp. An	Sp. PK	Sp. Rad	Sp. RM	Sp. PA			
(1)	(3)	(5)	(6)	(7)	(8)	(11)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	
Kerinci	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Merangin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarolangun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Batang Hari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Muaro Jambi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tanjab Timur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tanjab Barat	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tebo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bungo	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Kota Jambi	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Kota Sungai Penuh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jumlah	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	6

Sumber : Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan
Bidang Sumber Daya Kesehatan, 2025

Di Provinsi Jambi, tahun 2025 terdapat 5 dokter spesialis yang ditempatkan di 4 kabupaten/kota, yaitu; Kabupaten Kerinci, Kabupaten Tanjung Jabung Barat, Kabupaten Bungo, dan Kota Jambi. Kota Jambi dengan penempatan dokter spesialis terbanyak sejumlah 3 orang (50,00%).

BAB 4

PEMBIAYAAN KESEHATAN

Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Dengan demikian, unsur ekonomis merupakan salah satu aspek yang dipentingkan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Selain itu, di dalam Undang-Undang yang sama juga disebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan. Pembiayaan kesehatan merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Anggaran kesehatan dapat dikatakan sebagai instrumen pemerintah dalam pemenuhan hak-hak kesehatan bagi warga negara (Ansar, 2017). Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat, swasta, dan sumber lain. Di dalam bab ini hanya akan dibahas mengenai alokasi dan realisasi anggaran kesehatan bersumber dari pemerintah, baik yang berasal dari pemerintah pusat maupun daerah. Selain itu, juga dijelaskan lebih lanjut mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

A. ANGGARAN KESEHATAN PROVINSI JAMBI

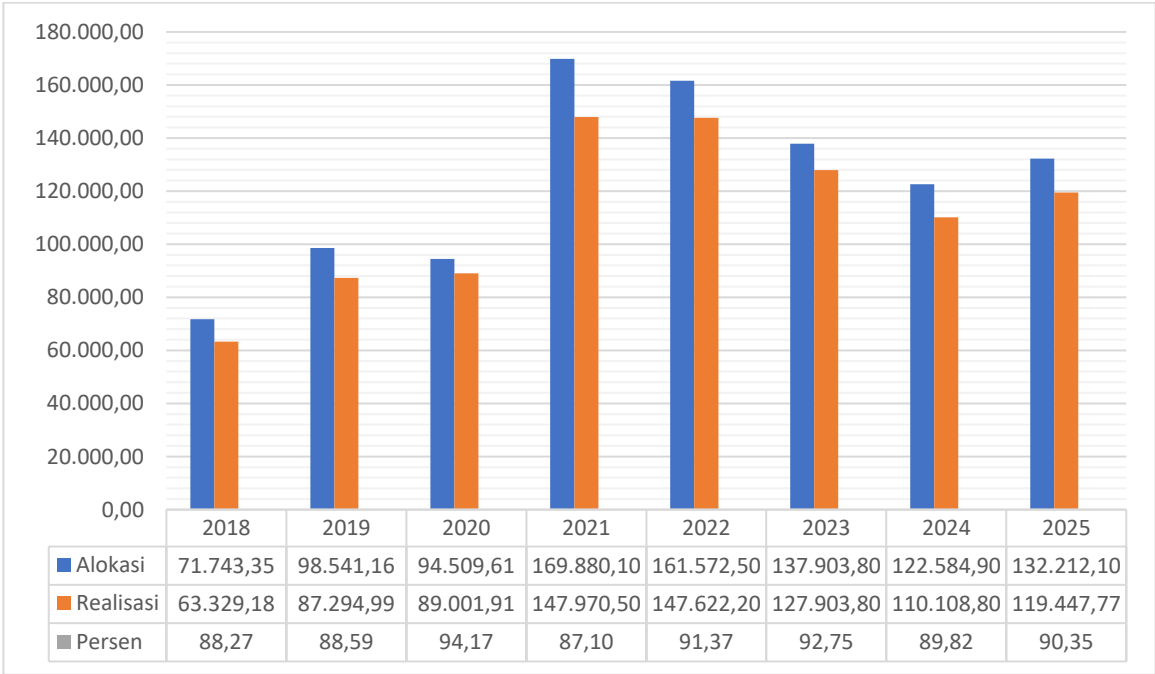
Anggaran kesehatan di Provinsi Jambi Tahun 2025 sebesar Rp.642.702.244.439,- dengan realisasi sebesar Rp. 589.530.695.551 (91,73%). Anggaran tersebut terdiri dari Anggaran pada Dinas Kesehatan Provinsi Jambi sebesar Rp.132.212.101.695,-, Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Sebesar Rp.406.809.367.570,- dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Kol. H. M. Syukur Provinsi Jambi Rp.103.680.775.174,-

Bila dibandingkan dengan Anggaran APBD Provinsi Jambi Tahun 2025 sebesar Rp.4.507.285.244.525,- maka persentase anggaran kesehatan di Provinsi Jambi sebesar 14,26% dari APBD Provinsi Jambi.

Dinas Kesehatan pada tahun 2025 ini memiliki alokasi anggaran sebesar Rp. 132.212.101.695,-, dengan realisasi sebesar Rp.119.447.771.990,- Alokasi anggaran tahun 2025 mengalami kenaikan sebesar Rp.9.627.195.441,- jika dibandingkan dengan tahun 2024 sebesar Rp. 122.584.906.254,-. Dibandingkan dengan persentase realisasi tahun sebelumnya, tahun 2025

mengalami kenaikan, dimana persentase realisasi anggaran Dinas Kesehatan Provinsi Jambi pada tahun 2025 sebesar 90,35%, naik dari tahun 2024 sebesar 89,85%.

Gambar 4.1
Alokasi Dan Realisasi Anggaran Dinas Kesehatan Provinsi Jambi
Tahun 2018-2025



Sumber: Subbag Program dan Data, 2025

Gambar 4.1 menunjukkan peningkatan alokasi dan realisasi anggaran Dinas Kesehatan dari tahun 2018-2025, dengan alokasi tertinggi yaitu pada tahun 2021.

B. DANA ALOKASI KHUSUS BIDANG KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2025

Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan yang selanjutnya disingkat DAK Bidang Kesehatan adalah dana yang dialokasikan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan fisik dan non fisik yang merupakan urusan kesehatan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional. DAK terbagi menjadi dua, yaitu DAK fisik dan DAK nonfisik. Panduan pemanfaatan DAK bidang kesehatan tahun 2025 diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 71 Tahun 2025 Tentang Petunjuk Teknis Dana Alokasi Khusus Fisik Tahun Anggaran 2025 dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 119 Tahun 2025 Tentang Petunjuk Teknis Pengelolaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2025.

DAK fisik bidang kesehatan diarahkan untuk membiayai kegiatan-kegiatan seperti: penyediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan puskesmas, pengadaan perangkat Sistem

Informasi Kesehatan (SIK), penyediaan alat dan bahan pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan, kelanjutan rumah sakit dan puskesmas yang belum operasional, penguatan laboratorium kesehatan daerah, pembangunan, peningkatan, rehabilitasi, dan/atau renovasi gedung sarana rumah sakit daerah provinsi/kabupaten/kota, penyediaan alat kesehatan dan prasarana di rumah sakit, dan peningkatan atau pembangunan unit transfusi darah termasuk pemenuhan peralatan, sarana dan prasarana di rumah sakit daerah provinsi/ kabupaten/kota, penyediaan obat dan bahan medis habis pakai di tingkat daerah kabupaten/kota, pembangunan, rehabilitasi, dan penyediaan sarana prasarana instalasi farmasi provinsi dan kabupaten/kota. Sedangkan DAK Non Fisik bidang kesehatan terdiri atas: Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Jaminan Persalinan (Jampersal), akreditasi puskesmas, dan pengawasan obat dan makanan.

Pelaporan DAK bidang kesehatan disampaikan oleh Kepala Daerah kepada Menteri Kesehatan, Menteri Keuangan, dan Menteri Dalam Negeri secara berkala (triwulan serta laporan tahunan). Sedangkan untuk data realisasi penggunaan anggaran dilaporkan melalui mekanisme yang berbeda, yaitu DAK fisik menggunakan aplikasi *Online* Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara (OMSPAN) dan DAK non fisik menggunakan aplikasi e-Renggar.

Pada tahun 2025, alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik Bidang Kesehatan Provinsi Jambi secara keseluruhan termasuk kabupaten/kota adalah sebesar Rp. 209.777.056,-.

Untuk melihat alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik Bidang Kesehatan Provinsi Jambi secara keseluruhan termasuk kabupaten/kota dapat dilihat pada tabel 4.1. berikut:

Tabel 4.1
Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik Bidang Kesehatan
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

No	Nama Daerah	DAK FISIK 2025	
		Kesehatan	
		Penguatan Sistem Kesehatan	Subtotal Kesehatan
1	2	3	4
1	Provinsi Jambi	32.227.926	32.227.926
2	Kab. Kerinci	17.360.000	17.360.000
3	Kab. Merangin	23.847.387	23.847.387
4	Kab. Sarolangun	14.545.500	14.545.500
5	Kab. Batang Hari	17.115.881	17.115.881
6	Kab. Muaro Jambi	30.067.310	30.067.310
7	Kab. Tanjung Jabung Timur	-	-
8	Kab. Tanjung Jabung Barat	9.458.955	9.458.955
9	Kab. Tebo	9.511.658	9.511.658
10	Kab. Bungo	17.454.844	17.454.844
11	Kota Jambi	35.551.476	35.551.476
12	Kota Sungai Penuh	2.636.119	2.636.119
Jumlah		209.777.056	209.777.056

Sumber: Subbag Program dan Data Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2025

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa alokasi DAK Fisik terbesar terdapat di Kota Jambi sebesar Rp. 35.551.476,- dan yang paling kecil terdapat di Kota Sungai Penuh sebesar Rp.2.636.119,-

Untuk melihat gambaran DAK Non Fisik bidang kesehatan Tahun 2025 di Provinsi Jambi, dapat di lihat pada tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2
Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Bidang Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

No	Nama Daerah	BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN (BOK)				
		BOK DINAS			BOK PUSKESMAS	TOTAL
		BOK PROVINSI	BOK KABUPATEN/KOTA	BOK PENGAWASAN OBAT DAN MAKANAN		
1	2	3	4	5	6	7
1	Provinsi Jambi	4.429.250	-	-	-	4.429.250
2	Kab. Kerinci	-	8.254.415	394.101	16.632.754	25.281.270
3	Kab. Merangin	-	9.249.055	126.755	27.554.944	36.930.754
4	Kab. Sarolangun	-	6.836.162	424.388	10.879.477	18.140.027
5	Kab. Batang Hari	-	8.114.926	397.816	14.027.945	22.540.687
6	Kab. Muaro Jambi	-	10.963.449	488.349	16.817.623	28.269.421
7	Kab. Tanjung Jabung Timur	-	8.094.928	350.526	14.769.227	23.214.681
8	Kab. Tanjung Jabung Barat	-	10.138.520	303.910	12.039.024	22.481.454
9	Kab. Tebo	-	7.057.070	371.831	15.119.240	22.548.141
10	Kab. Bungo	-	7.437.165	485.154	13.130.184	21.052.503
11	Kota Jambi	-	5.400.043	486.931	10.140.054	16.027.028
12	Kota Sungai Penuh	-	6.459.663	525.061	8.033.117	15.017.841
Jumlah		4.429.250	88.005.396	4.354.822	159.143.589	255.933.057

Sumber: Subbag Program dan Data Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2025

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa alokasi DAK Non Fisik untuk Provinsi Jambi secara keseluruhan sebesar Rp.255.933.057,- dengan alokasi terbesar terbesar terdapat di Dinas Kesehatan Kabupaten Merangin sebesar Rp.36.930.754,- dan yang paling kecil terdapat di Dinas Kesehatan Provinsi Jambi sebesar Rp.4.429.250,-

C. BELANJA KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN

Sesuai dengan amanat yang tercakup dalam Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023, bahwa Pemerintah Pusat mengalokasikan anggaran kesehatan dari APBN sesuai dengan kebutuhan program nasional yang dituangkan dalam rencana induk bidang kesehatan dengan memperhatikan penganggaran berbasis kinerja. Sedangkan Pemerintah Daerah mengalokasikan anggaran kesehatan dari anggaran APBD sesuai dengan kebutuhan kesehatan daerah yang mengacu pada program kesehatan nasional yang dituangkan dalam rencana induk bidang

kesehatan dengan memperhatikan penganggaran berbasis kinerja. Penggunaan anggaran di bidang kesehatan diharapkan seoptimal mungkin dapat dimanfaatkan untuk mencapai tujuan pembangunan bidang kesehatan.

Salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur besar belanja kesehatan di suatu provinsi adalah *Provincial Health Accounts* atau PHA. PHA adalah pendekatan yang sistematis dan komprehensif yang digunakan untuk memonitor besaran pengeluaran kesehatan di suatu negara, mencakup aliran dana kesehatan, distribusi dan penggunaannya. PHA diperlukan untuk menjawab pertanyaan isu-isu pembiayaan kesehatan seperti kecukupan (*sufficiency*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*), efektivitas (*effectiveness*), dan keberlanjutan (*sustainability*) terkait kebijakan alokasi sumber daya kesehatan, baik dari sisi *supply* maupun *demand* dalam mencapai Cakupan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage/UHC*).

1. Total Belanja Kesehatan Indonesia/*Total Health Expenditure*(THE)

Estimasi PHA 2024 menghasilkan angka total belanja kesehatan Indonesia yang mencakup *Current Health Expenditure* (CHE) dan belanja investasi. CHE merupakan seluruh belanja kesehatan di luar belanja investasi (belanja modal), baik berupa belanja untuk pelayanan kesehatan perorangan maupun komunitas, juga termasuk tata kelola administrasi sistem kesehatan. Belanja investasi merupakan belanja komoditas barang dan jasa yang memiliki masa guna lebih dari satu tahun, seperti infrastruktur kesehatan (bangunan, mesin, teknologi informasi, dan lain-lain), belanja untuk pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, serta untuk penelitian dan pengembangan kesehatan. Keterbatasan akses pada sumber data skema non-publik (swasta) menyebabkan saat ini belanja investasi di Indonesia belum dapat terpotret secara utuh, khususnya pada sektor non-publik yang baru mencakup sebagian belanja yang terdapat pada skema Lembaga Non-Profit yang Melayani Rumah Tangga (LNPRRT).

Indikator umum yang digunakan untuk mengukur belanja kesehatan di suatu negara pada skala internasional saat ini adalah CHE, karena menggambarkan konsumsi akhir yang dapat dinikmati dalam setahun. Namun, dalam publikasi ini, indikator yang akan digunakan adalah THE. Hal tersebut dilakukan untuk mengakomodasi belanja kesehatan pemerintah yang juga dibelanjakan untuk investasi di bidang kesehatan.

Tabel 4.3
Total Belanja Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2025

NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN	
		Rupiah	%
1	2	3	4
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:		
1	APBD PROVINSI	4.507.285.244.525,00	
2	APBD KESEHATAN	642.702.244.439,00	
	a. Dinas Kesehatan	132.212.101.695,00	20,57
	b. RSUD Raden Mattaher	406.809.367.570,00	63,30
	c. RSJD Provinsi Jambi	103.680.775.174,00	16,13
	TOTAL ANGGARAN KESEHATAN	642.702.244.439,00	
	TOTAL APBD PROVINSI	4.507.285.244.525,00	
	% APBD KESEHATAN THD APBD PROVINSI		14,26
	ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA	170.547	

Sumber: Subbag Program dan Data Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2025

Tabel 4.3 di atas menunjukkan total belanja kesehatan Provinsi Jambi 14,26% dari APBD Provinsi Jambi di luar gaji

2. Jaminan Kesehatan

Dasar hukum yang paling utama adanya jaminan kesehatan adalah Undang-Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 28 H, yaitu:

1. Setiap orang berhak hidup Sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan;
2. Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan;
3. Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.

Selain itu, dasar hukum adanya Jaminan Kesehatan juga tertuang dalam Undang- Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 34 yaitu:

1. Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara;
2. Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan;
3. Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Atas dasar itulah, maka diterbitkan Undang-Undang No.40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang salah satu programnya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Menurut Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Prinsip asuransi sosial yang dimaksud meliputi:

1. Kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah;
2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif;
3. Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan;
4. Bersifat nirlaba.

Sedangkan prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak berkaitan dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya. Pelaksanaan JKN di Indonesia diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Kepesertaan dalam BPJS Kesehatan terdiri dari 2 kelompok, yaitu sebagai berikut:

1. PBI Jaminan Kesehatan.

Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-Undang SJSN yang iurannya sebagai peserta program Jaminan Kesehatan dibayari oleh pemerintah. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh Pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah.

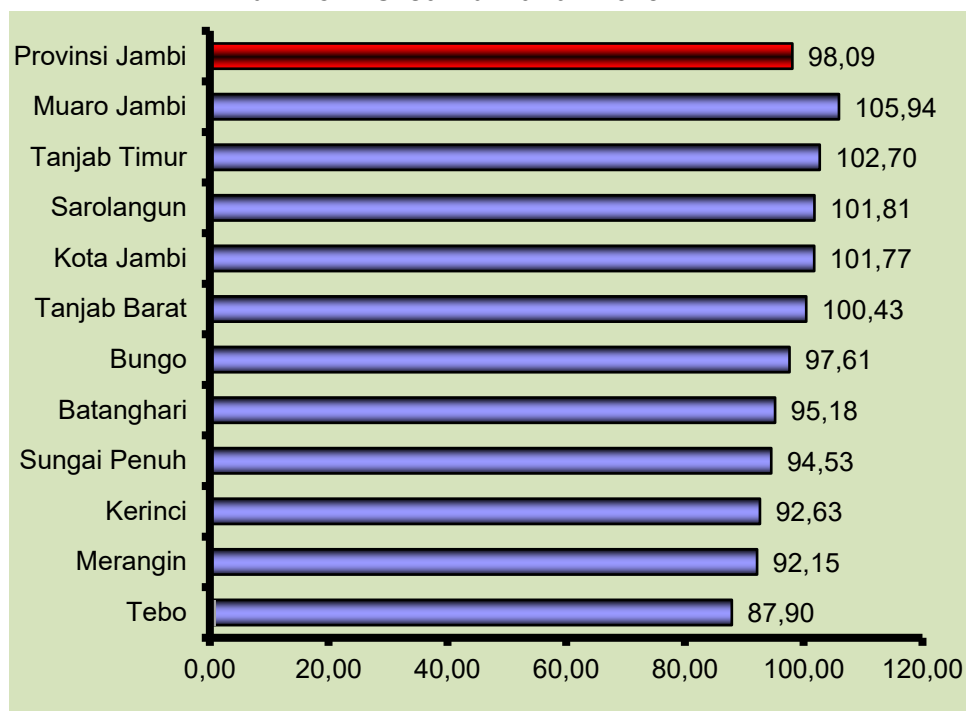
2. Bukan PBI jaminan kesehatan.

Peserta bukan PBI jaminan kesehatan terdiri dari:

- Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya
- Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya
- Bukan pekerja dan anggota keluarganya

Untuk melihat, cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Jambi Tahun 2025 dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 4.2
Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Jaminan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2025

Pada tahun 2025 sebanyak 99,09% penduduk Provinsi Jambi telah menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimana terdapat 8 (delapan) kabupaten/Kota yang telah mencapai kepesertaan semesta/*Universal Health Coverage (UHC)* sebesar $\geq 94\%$, sedangkan cakupan kepesertaan JKN terendah yaitu pada penduduk Kabupaten Tebo (87,90%).

Berdasarkan Peraturan Menteri Sosial Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang saat ini telah diubah menjadi Peraturan Menteri Sosial Nomor 21 Tahun 2019 tentang Persyaratan dan Tata Cara Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, perlu dilakukan verifikasi dan validasi perubahan data PBI Jaminan Kesehatan setiap bulannya.

Tabel 4.4
Alokasi Masyarakat Mendapat Jaminan Kesehatan Tahun 2025

NO	KAB/KOTA	JUMLAH PENDUDUK	PPU PN	PBI (APBN)	PBPUBP PEMDA	PPU BU	PBPU MANDIRI	BP	TOTAL	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	KERINCI	258.208	29.326	93.463	44.168	15.885	45.926	10.410	239.178	92,63
2	MERANGIN	378.357	38.766	151.893	33.822	21.745	97.012	5.413	348.651	92,15
3	SAROLANGUN	310.679	32.175	116.916	85.005	35.998	43.375	2.839	316.308	101,81
4	BATANGHARI	320.281	48.435	135.340	47.625	40.888	27.643	4.916	304.847	95,18
5	MUARO JAMBI	430.246	30.205	103.762	121.918	91.456	102.774	5.670	455.785	105,94
6	TANJAB TIMUR	241.154	14.713	103.615	78.439	16.993	32.060	1.840	247.660	102,70
7	TANJAB BARAT	339.625	22.864	142.028	87.512	44.821	40.642	3.213	341.080	100,43
8	TEBO	359.638	22.098	112.629	52.772	42.515	82.050	4.047	316.111	87,90
9	BUNGO	386.114	35.835	103.894	108.473	52.176	69.477	7.032	376.887	97,61
10	KOTA JAMBI	642.264	91.058	197.057	60.226	139.756	139.059	26.464	653.620	101,77
11	SEI PENUH	101.916	16.897	28.434	28.239	5.913	13.202	3.659	96.344	94,53
	TOTAL	3.768.482	382.372	1.289.031	748.199	508.146	693.220	75.503	3.696.471	98,09

Sumber: Seksi Jaminan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2025

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa, masyarakat yang mendapat jaminan kesehatan di Provinsi Jambi Tahun 2025 sebanyak 3.696.471 jiwa (98,09%).

BAB 5

KESEHATAN KELUARGA

Pembangunan keluarga dilakukan dalam upaya untuk mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Selain lingkungan yang sehat, kondisi kesehatan dari tiap anggota keluarga sendiri juga merupakan salah satu syarat dari keluarga yang berkualitas. Keluarga berperan terhadap optimalisasi pertumbuhan, perkembangan, dan produktivitas seluruh anggotanya melalui pemenuhan kebutuhan gizi dan menjamin kesehatan anggota keluarga. Di dalam komponen keluarga, ibu dan anak merupakan kelompok rentan. Hal ini terkait dengan fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu, dan fase tumbuh kembang pada anak. Hal ini yang menjadi alasan pentingnya upaya kesehatan ibu dan anak sebagai salah satu prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia.

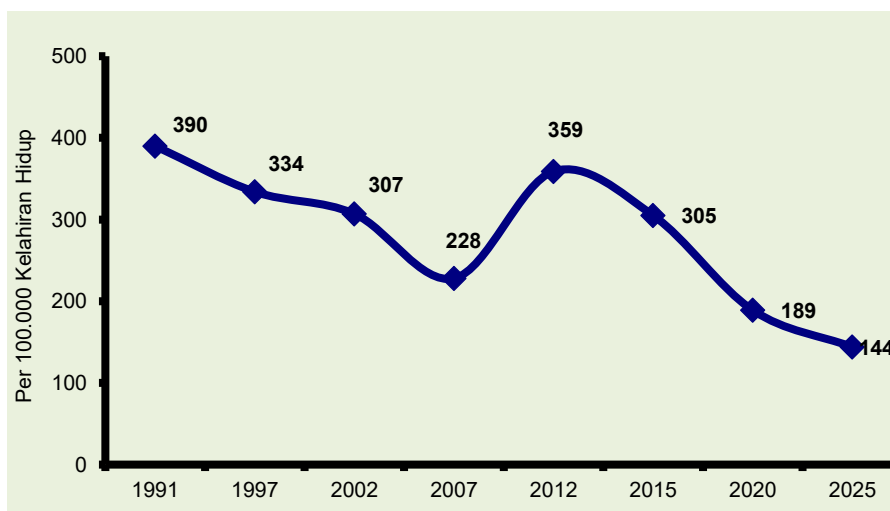
Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum, sehingga penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan.

A. KESEHATAN IBU

Keberhasilan program kesehatan ibu dapat dinilai melalui indikator utama Angka Kematian Ibu (AKI). Kematian ibu dalam indikator ini didefinisikan sebagai semua kematian selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh pengelolaannya tetapi bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau insidental. AKI adalah semua kematian dalam ruang lingkup tersebut di setiap 100.000 kelahiran hidup.

Selain untuk menilai program kesehatan ibu, indikator ini juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Secara umum terjadi penurunan kematian ibu di Indonesia selama periode 1991-2020 dari 390 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini belum mencapai target RPJMN 2025 sebesar 122 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, masih diperlukan upaya dalam percepatan penurunan AKI untuk mencapai target SGDs yaitu sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Gambaran AKI di Indonesia dari tahun 1991 hingga tahun 2025 dapat dilihat pada Gambar 5.1 berikut ini.

Gambar 5.1
Angka Kematian Ibu di Indonesia Per 100.000 Kelahiran Hidup
Tahun 1991 – 2025



Sumber: BPS, Hasil SDKI 1991-2012

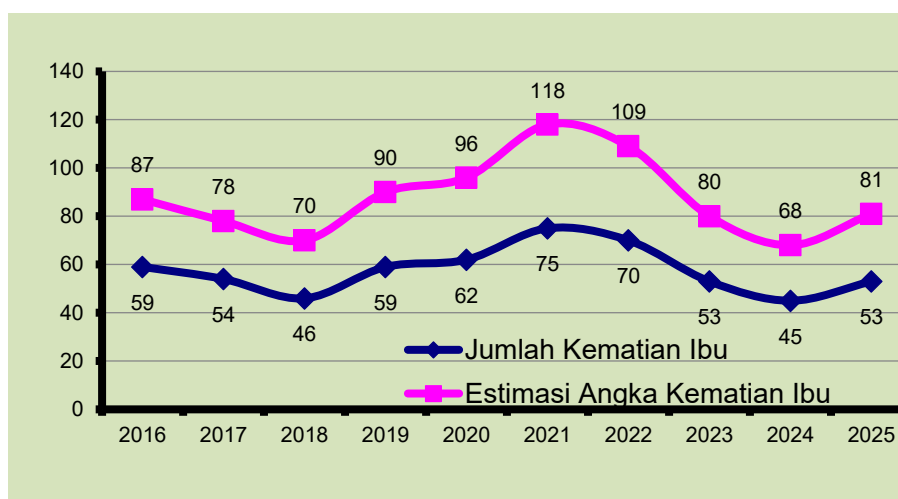
*AKI tahun 2015 merupakan SUPAS 2015

*AKI tahun 2020 merupakan hasil SP 2020

*AKI tahun 2025 merupakan hasil SUPAS 2025

Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Bidang Kesehatan Masyarakat Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat periode 10 tahun terakhir (2016-2025) cenderung menurun sampai tahun 2018, dan mengalami peningkatan pada tahun 2018-2021, serta mengalami penurunan pada tahun 2021-2024. Pada tahun 2025 terjadi peningkatan dengan 53 kematian di Provinsi Jambi.

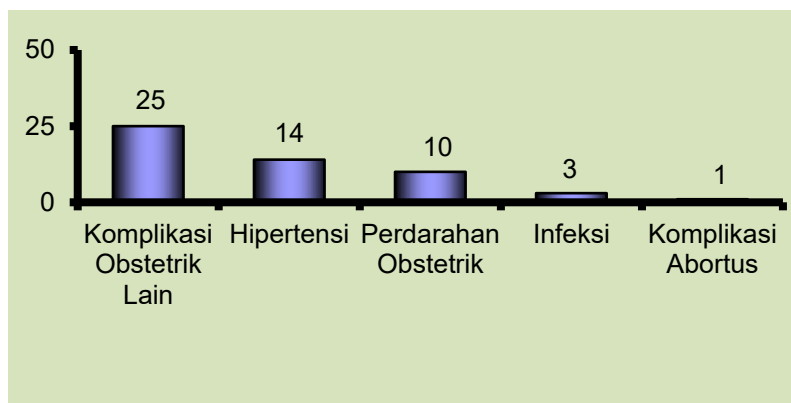
Gambar 5.2
Jumlah Kematian Ibu dan Estimasi Angka Kematian Ibu
di Provinsi Jambi Tahun 2016 – 2025



Sumber: Seksi Kesga dan Gizi Masyarakat Bidang Kesmas, 2025

Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2024 disebabkan oleh gangguan hipertensi sebanyak 14 kasus diikuti dengan perdarahan sebanyak 10 kasus. Jumlah kematian ibu menurut kabupaten/kota disajikan pada Lampiran 24.

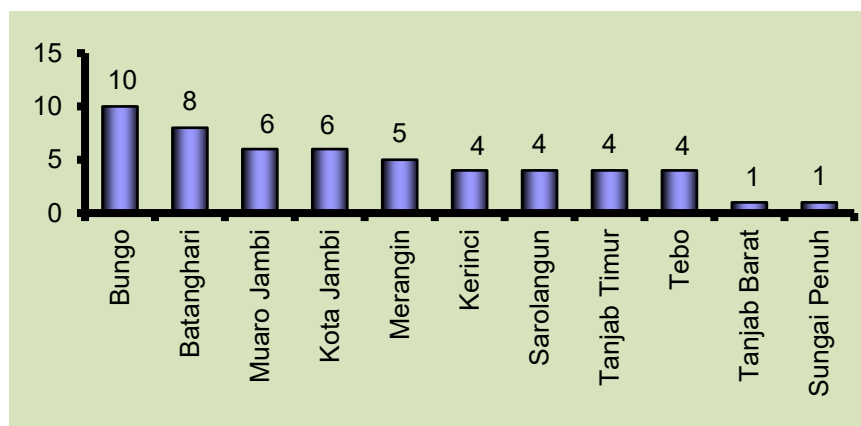
Gambar 5.3
Jumlah Kematian Ibu Menurut Penyebab
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesga dan Gizi Masyarakat Bidang Kesmas, 2025

Jumlah kematian ibu terbanyak terdapat di Kabupaten Bungo sebanyak 10 kasus, sedangkan Kab. Tanjab Barat dan Kota Sungai Penuh dengan kematian terendah sebanyak 1 kasus kematian ibu. Berikut Gambaran jumlah kematian ibu per kabupaten/kota di Provinsi Jambi pada tahun 2025.

Gambar 5.4
Jumlah Kematian Ibu Menurut Kabupaten/ Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesga dan Gizi Masyarakat Bidang Kesmas, 2025

Upaya percepatan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana (KB) termasuk KB pasca persalinan.

Pada bagian berikut, gambaran upaya kesehatan ibu yang disajikan terdiri dari pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan imunisasi Tetanus Difteri bagi Wanita Usia Subur (WUS), pemberian tablet tambah darah, pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan ibu nifas, puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), pelayanan kontrasepsi/Keluarga Berencana (KB), dan pemeriksaan HIV serta Hepatitis B.

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Ibu hamil mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu dengan jenis pelayanannya dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi jenis pelayanan sebagai berikut:

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
2. Pengukuran tekanan darah.
3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).
4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).
5. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus sesuai status imunisasi.
6. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
7. Penentuan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ).
8. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk KB pasca persalinan).
9. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes haemoglobin (Hb) darah, pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).
10. Tatalaksana kasus sesuai indikasi.

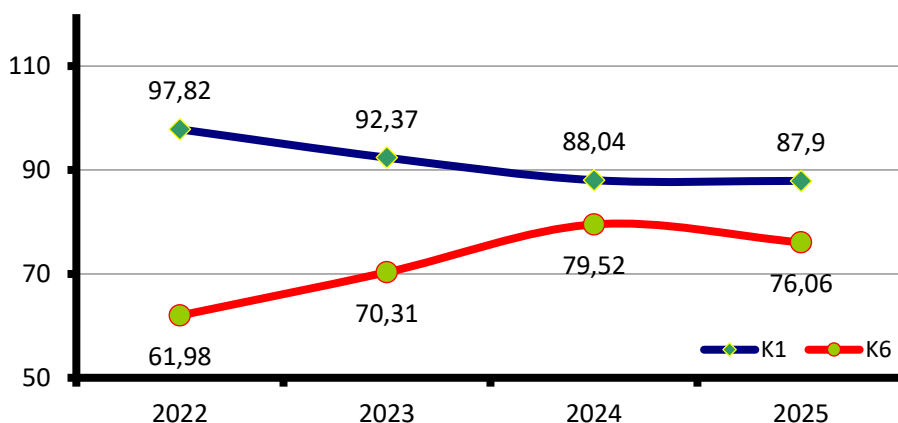
Pelayanan kesehatan ibu hamil atau antenatal harus memenuhi frekuensi minimal enam kali pemeriksaan kehamilan dan dua kali pemeriksaan oleh dokter. Pemeriksaan kesehatan ibu hamil dilakukan minimal satu kali pada trimester pertama

(usia kehamilan 0-12 minggu), dua kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai menjelang persalinan), serta minimal dua kali diperiksa oleh dokter saat kunjungan pertama di trimester satu dan saat kunjungan ke lima di trimester tiga. Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1, K4, dan K6. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan, cakupan K6 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit enam kali pemeriksaan serta minimal dua kali pemeriksaan dokter sesuai jadwal yang dianjurkan pada tiap semester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan.

Gambar berikut ini menampilkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K1 dan K6 dari tahun 2022 sampai dengan tahun 2025.

Gambar 5.5
Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil K1 dan K6
di Provinsi Jambi Tahun 2022 – 2025

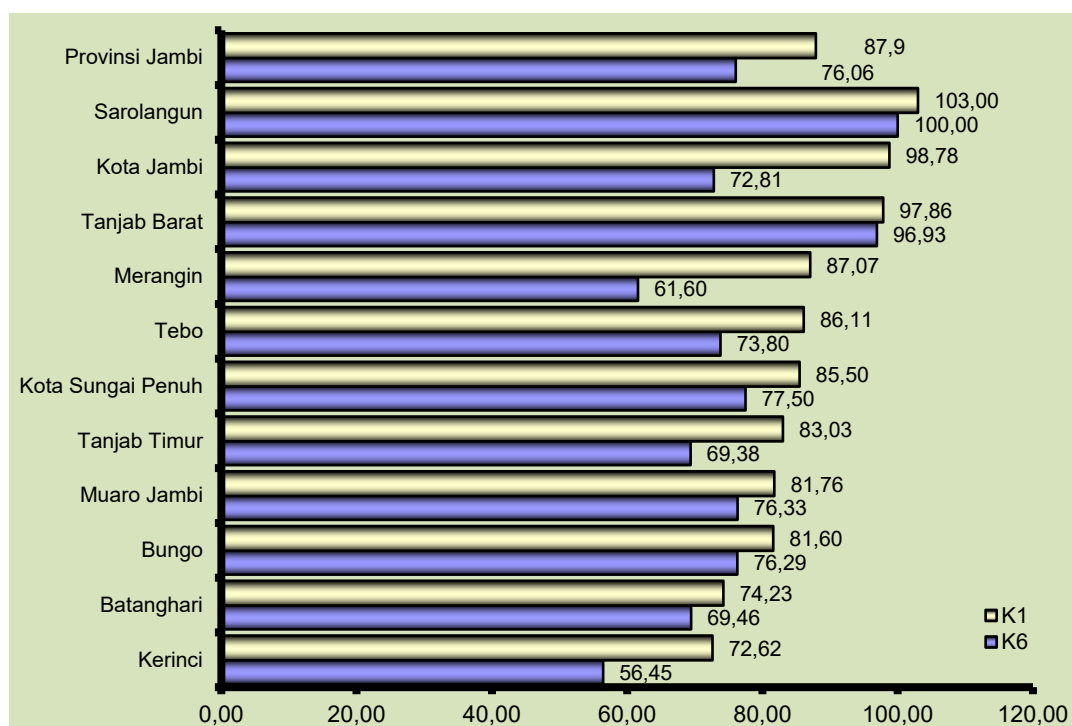


Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat, Bidang Kesmas, 2025

Sejak tahun 2022 sampai dengan 2025 (empat tahun terakhir) cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K6 cenderung naik dan mengalami penurunan di tahun 2025. Sedangkan angka K1 mengalami penurunan sejak tahun 2022.

Terdapat kesenjangan antara cakupan K1 dan K6 pada tahun 2022-2025. Kesenjangan terbesar pada tahun 2022 sebesar 35,84. Dan tahun 2025 sebanyak 76,06% ibu hamil yang memenuhi standar K6.

Gambar 5.6
Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil K1 dan K6
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Gambaran cakupan kunjungan ibu hamil K1 dan K6 pada tahun 2025 menurut kabupaten/kota disajikan pada gambar 5.6. Dimana pelayanan kesehatan ibu hamil (K1) pada tahun 2025 sebesar 87,90%.

Sedangkan untuk pelayanan kesehatan ibu hamil (K6) pada tahun 2025 sebesar 76,06% yang menunjukkan belum mencapai target indikator Renstra Kemenkes tahun 2025 dengan target 80%. Terdapat 2 kabupaten/kota yang telah mencapai target yaitu Kabupaten Sarolangun dan Kabupaten Tanjung Jabung Barat.

Selain akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil adalah kualitas pelayanan yang harus ditingkatkan, diantaranya pemenuhan semua komponen pelayanan kesehatan ibu hamil

harus diberikan saat kunjungan. Data dan informasi lebih rinci menurut kabupaten/kota mengenai pelayanan kesehatan ibu hamil K1, K4, dan K6 terdapat pada lampiran tabel 26.

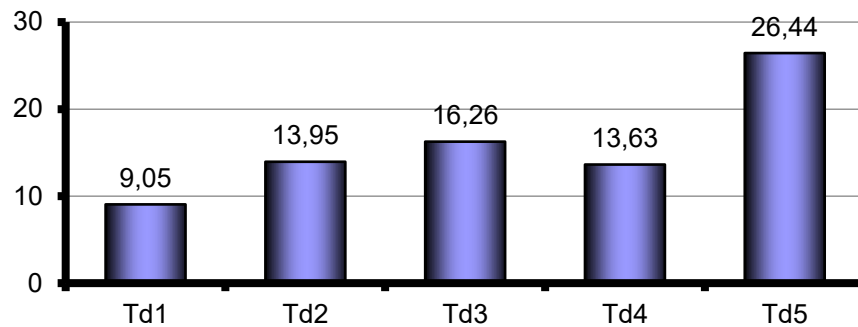
2. Pelayanan Imunisasi Tetanus Difteri bagi Wanita Usia Subur (WUS)

Infeksi tetanus merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi. Kematian karena infeksi tetanus ini merupakan akibat dari proses persalinan yang tidak aman/steril atau berasal dari luka yang diperoleh ibu hamil sebelum melahirkan. Sebagai upaya mengendalikan infeksi tetanus yang merupakan salah satu faktor risiko kematian ibu dan bayi serta memberikan perlindungan tambahan terhadap penyakit difteri, maka dilaksanakan program imunisasi Tetanus Difteri (Td) bagi Wanita Usia Subur (WUS). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi mengamanatkan bahwa wanita usia subur (khususnya ibu hamil) merupakan salah satu kelompok populasi yang menjadi sasaran imunisasi lanjutan. Imunisasi lanjutan merupakan ulangan imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang usia perlindungan.

Wanita usia subur yang menjadi sasaran imunisasi Td berada pada kelompok usia 15 - 39 tahun yang terdiri dari WUS hamil (ibu hamil) dan tidak hamil. Imunisasi Td pada WUS diberikan sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu, berdasarkan hasil *screening* penilaian status T yang dimulai saat imunisasi dasar bayi, lanjutan baduta, lanjutan BIAS serta calon pengantin atau pemberian vaksin mengandung “T” pada kegiatan imunisasi lainnya. Imunisasi lanjutan pada WUS salah satunya dilaksanakan pada waktu melakukan pelayanan antenatal, atau pelayanan kesehatan di posyandu.

Screening status “T” pada WUS harus dilakukan sebelum pemberian vaksin. Pemberian imunisasi Td tidak perlu dilakukan bila hasil *screening* menunjukkan status WUS telah mencapai T5, yang dibuktikan dengan buku KIA, rekam medis, kohort atau buku register imunisasi lainnya. Kelompok ibu hamil yang sudah mendapatkan imunisasi Td2 sampai dengan Td5 dikatakan mendapatkan imunisasi Td2+. Gambar 5.7 memperlihatkan cakupan imunisasi Td1 - Td5 pada ibu hamil.

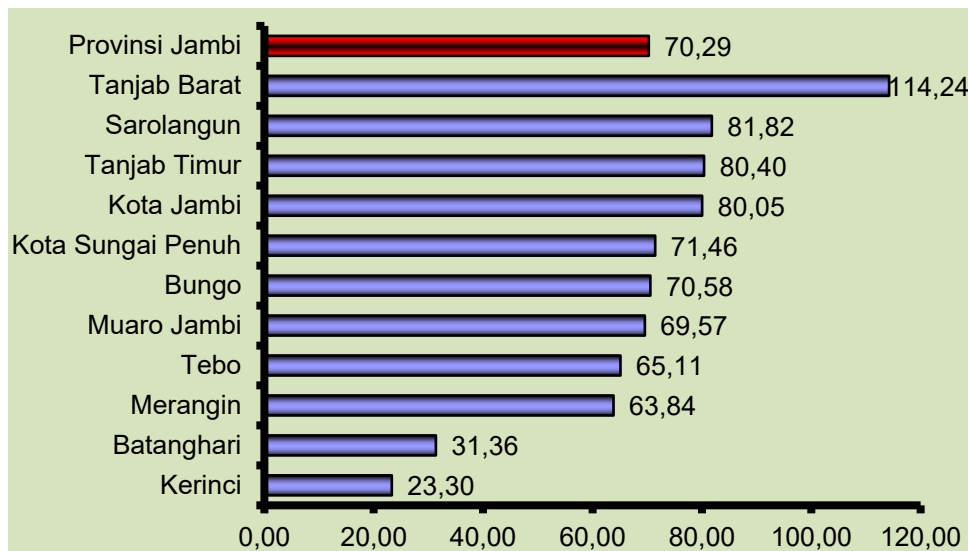
Gambar 5.7
Cakupan Imunisasi Td1-Td5 Pada Ibu Hamil
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Cakupan imunisasi Td2+ pada ibu hamil tahun 2025 sebesar 70,29%. Cakupan ini turun dibandingkan tahun 2024 sebesar 81,47%, namun lebih rendah dibandingkan cakupan pelayanan ibu hamil K4 yang sebesar 83,90%. Sedangkan Td2+ merupakan prasyarat pelayanan kesehatan ibu hamil K4.

Gambar 5.8
Cakupan Imunisasi Td2+ Pada Ibu Hamil Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

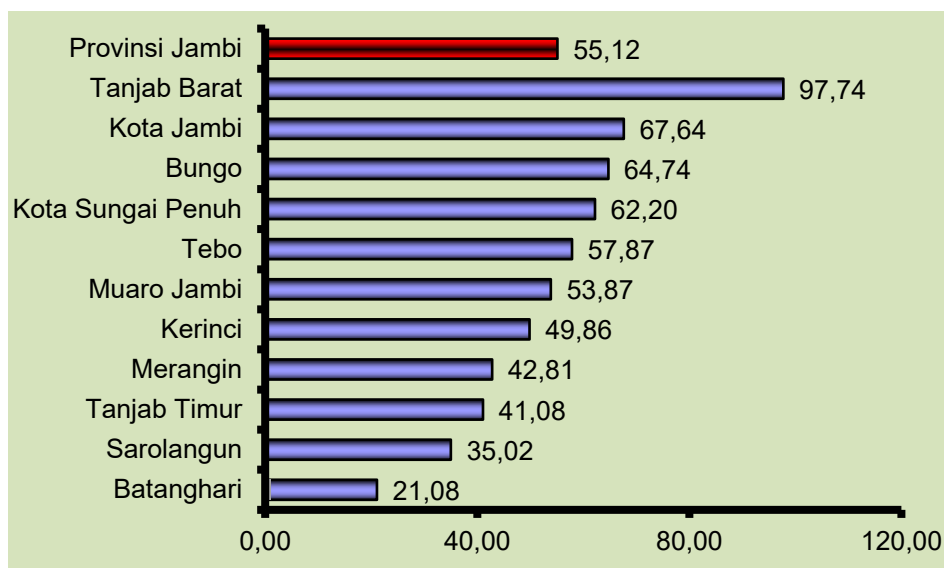
Berdasarkan distribusi kabupaten/kota, Kabupaten Tanjung Jabung Barat memiliki cakupan tertinggi sebesar 114,24% sedangkan kabupaten/Kota dengan cakupan rendah yaitu Kabupaten Kerinci sebesar 23,30%. Informasi lebih rinci mengenai imunisasi Td pada wanita usia subur terdapat pada lampiran tabel 27.

3. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil

Anemia pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur, kematian ibu dan anak, serta penyakit infeksi. Anemia atau defisiensi zat besi pada ibu hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya. Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023 menyatakan bahwa di Indonesia sebesar 27,7% ibu hamil mengalami anemia. Angka ini mengalami lebih rendah *signifikan* dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2018 dengan anemia ibu hamil sebesar 48,9%. Hasil SKI tahun 2023 ini, bila dilihat berdasarkan kelompok umur, ibu hamil mengalami anemia paling tinggi pada kelompok umur 35-44 sebesar 39,6%, diikuti kelompok umur 25-34 sebesar 31,4%. Untuk mencegah anemia berdasarkan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan terbaru (2025-2029), target indikator kinerja program gizi kini ditingkatkan menjadi setiap ibu hamil yang mengonsumsi suplemen gizi dalam bentuk tablet tambah darah atau *Multiple Micronutrient Supplementation* (MMS) sesuai standar minimal 180 tablet selama kehamilan.

Cakupan ibu hamil yang mengonsumsi tablet tambah darah 180 tablet di Provinsi Jambi tahun 2025 adalah 55,12%. Angka ini tidak jauh beda dibandingkan tahun 2024 sebesar 56,49%. Kabupaten dengan cakupan tertinggi adalah Kabupaten Tanjung Jabung Barat sebesar 97,74%. Sedangkan kabupaten dengan capaian terendah adalah Batanghari sebesar 21,08%. Cakupan ibu hamil mengonsumsi TTD selengkapnya dapat dilihat pada tabel 28.

Gambar 5.9
Cakupan Ibu Hamil Mengonsumsi 180 Tablet Tambah Darah (TTD)
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesga dan Gizi Masyarakat Bidang Kesmas, 2025

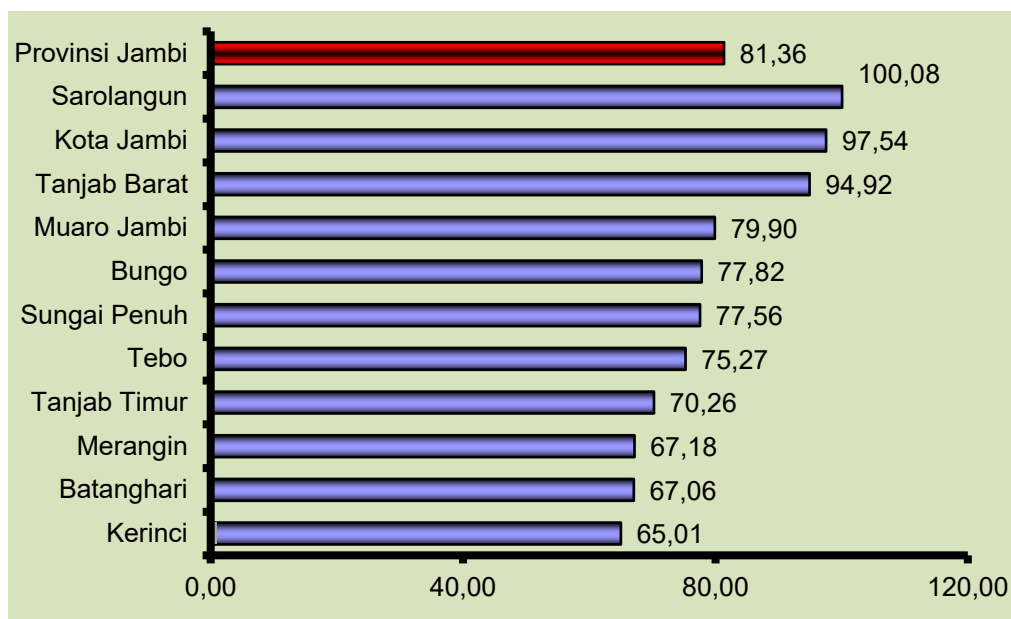
4. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Selain pada masa kehamilan, upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, bidan, dan perawat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam rangka menjamin ibu bersalin mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, sejak tahun 2015 setiap ibu bersalin diharapkan melakukan persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 menetapkan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) sebagai salah satu indikator upaya kesehatan keluarga, menggantikan indikator pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN).

Gambar 5.10 menyajikan cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di kabupaten/kota tahun 2025.

Gambar 5.10
Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan pada tahun 2025 sebesar 81,36%. Angka ini naik dibandingkan tahun 2024 sebesar 80,27% yang belum mencapai target belum memenuhi target Renstra Kemenkes sebesar 88%.

Kabupaten dengan cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tertinggi yaitu Kabupaten Sarolangun sebesar 100,08% dan Kab. Kerinci dengan capaian terendah yaitu sebesar 65,01%.

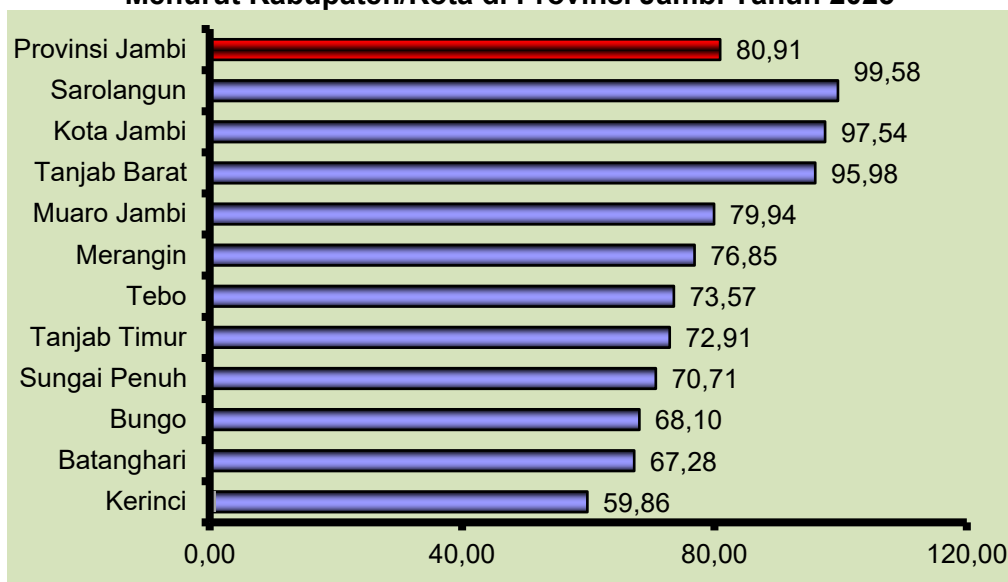
5. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas harus dilakukan minimal empat kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan, yaitu pada enam jam sampai dengan dua hari setelah persalinan, pada hari ketiga sampai dengan hari ke tujuh setelah persalinan, pada hari ke delapan sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan 42 hari setelah persalinan. Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari:

1. Anamnesis;
2. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu;
3. Pemeriksaan tanda-tanda anemia;
4. Pemeriksaan tinggi fundus uteri;
5. Pemeriksaan kontraksi uteri;
6. Pemeriksaan kandung kemih dan saluran kencing;
7. Pemeriksaan lochia dan perdarahan;
8. Pemeriksaan jalan lahir;
9. Pemeriksaan payudara dan pendampingan pemberian ASI Eksklusif;
10. Identifikasi risiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas;
11. Pemeriksaan status mental ibu;
12. Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan;
13. Pemberian KIE dan konseling;
14. Pemberian kapsul vitamin A.

Ibu bersalin yang telah melakukan kunjungan nifas sebanyak empat kali dapat dihitung telah melakukan kunjungan nifas lengkap (KF lengkap). Cakupan kunjungan nifas menurut kabupaten/kota terdapat pada Gambar 5.11 berikut ini.

Gambar 5.11
Cakupan Kunjungan Nifas Lengkap
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
 Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Cakupan kunjungan KF lengkap pada tahun 2025 sebesar 80,91%. Kabupaten dengan cakupan tertinggi adalah Kabupaten Sarolangun sebesar 99,58% sedangkan Kabupaten Kerinci dengan cakupan terendah yaitu sebesar 59,86%.

6. Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Penurunan kematian ibu dan anak tidak dapat lepas dari peran pemberdayaan masyarakat, salah satunya dilakukan melalui pelaksanaan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Kementerian Kesehatan menetapkan indikator persentase puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan persentase puskesmas melaksanakan orientasi P4K sebagai upaya menurunkan kematian ibu dan kematian anak.

Kelas ibu hamil merupakan sarana bagi ibu hamil dan keluarga untuk belajar bersama tentang kesehatan ibu hamil yang dilaksanakan dalam bentuk tatap muka dalam kelompok. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu dan keluarga mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi baru lahir dan aktivitas fisik atau senam ibu hamil.

Cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil didapatkan dengan menghitung puskesmas yang telah melaksanakan kelas ibu hamil dibandingkan dengan

jumlah seluruh puskesmas di wilayah kabupaten/kota. Puskesmas dikatakan telah melaksanakan kelas ibu hamil apabila telah melakukan kelas ibu hamil minimal dilaksanakan di 50% desa atau kelurahan.

Pada tahun 2025 terdapat 100% (208 puskesmas) yang melaksanakan kelas ibu hamil. Angka ini sama dengan tahun 2024 sebesar 100% (208 puskesmas), dengan 62,82% ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil yang disajikan pada lampiran tabel 58.

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan suatu program yang dijalankan untuk mencapai target penurunan AKI. Program ini menitikberatkan pemberdayaan masyarakat dalam monitoring terhadap ibu hamil, bersalin, dan nifas.

Indikator puskesmas melaksanakan orientasi P4K menghitung persentase puskesmas yang melaksanakan orientasi P4K. Adapun yang dimaksud orientasi tersebut adalah pertemuan yang diselenggarakan oleh puskesmas dengan mengundang kader dan/atau bidan desa dari seluruh desa yang ada di wilayahnya dalam rangka memberikan pembekalan untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga, ibu hamil serta masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas.

Pada tahun 2025 sebanyak 100% puskesmas teregistrasi telah melaksanakan orientasi P4K, sama dengan tahun 2024 yang artinya seluruh puskesmas di wilayah Provinsi Jambi telah melakukan orientasi P4K.

7. Pelayanan Kontrasepsi

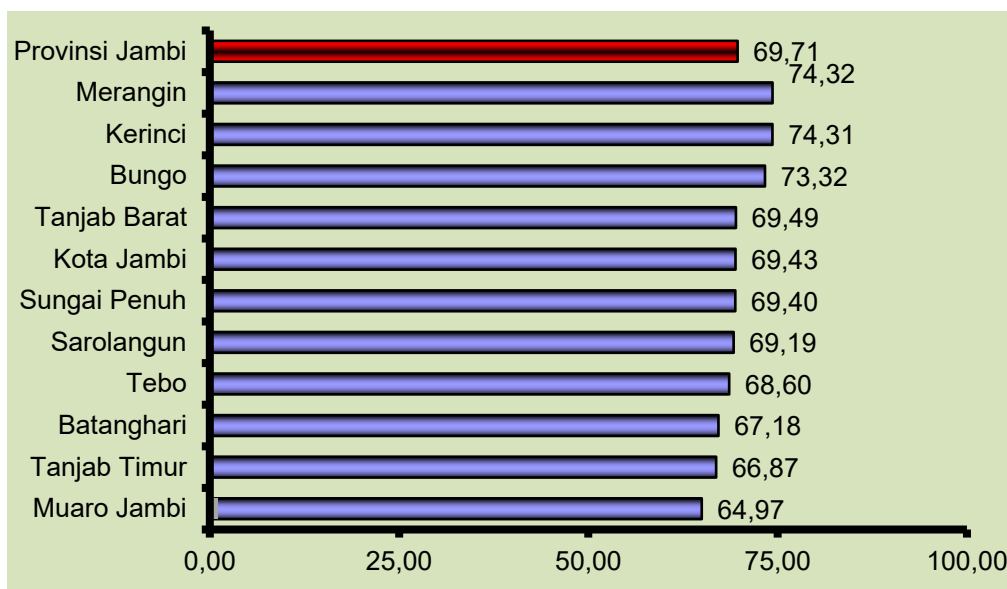
Keluarga Berencana selanjutnya disingkat dengan KB, adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu melalui:

1. Mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan;
2. Mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa/ janin selama kehamilan, persalinan dan nifas;
3. Mencegah terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.

Peserta KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang saat ini sedang menggunakan salah satu alat kontrasepsi tanpa diselingi kehamilan. PUS peserta KB terdiri dari peserta KB modern (menggunakan alat/obat/cara KB berupa steril wanita

(MOW), steril pria (MOP), IUD/AKDR). Implan/susuk, suntik, pil, kondom dan Metode Amenore Laktasi (MAL) dan peserta KB tradisional (menggunakan alat/obat/cara KB berupa pantang berkala, senggama terputus, dan alat/obat/cara KB tradisional lainnya).

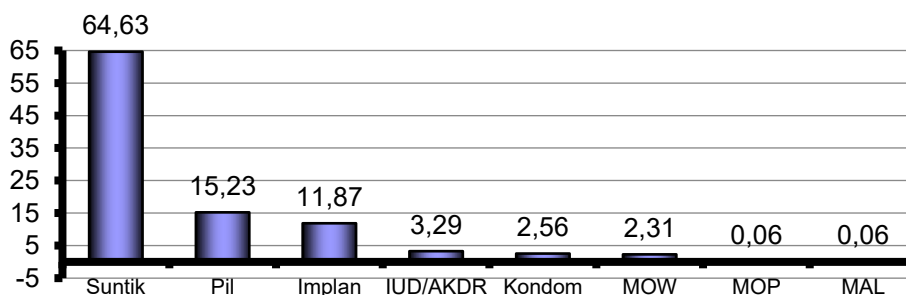
Gambar 5.12
Persentase Pasangan Usia Subur (PUS) Peserta KB
Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Pendataan Keluarga Tahun 2025, BKKBN Provinsi Jambi

Menurut hasil pendataan keluarga tahun 2025, BKKBN, menunjukkan bahwa persentase PUS peserta KB di Provinsi Jambi pada tahun 2025 sebesar 69,71%. Berdasarkan distribusi kabupaten/kota, pemakaian KB tertinggi adalah Kabupaten Merangin (74,32%), sedangkan terendah adalah Kabupaten Muaro Jambi (64,97%).

Gambar 5.13
Pasangan Usia Subur (PUS) Peserta KB Modern
Menurut Metode Kontrasepsi di Provinsi Jambi Tahun 2025



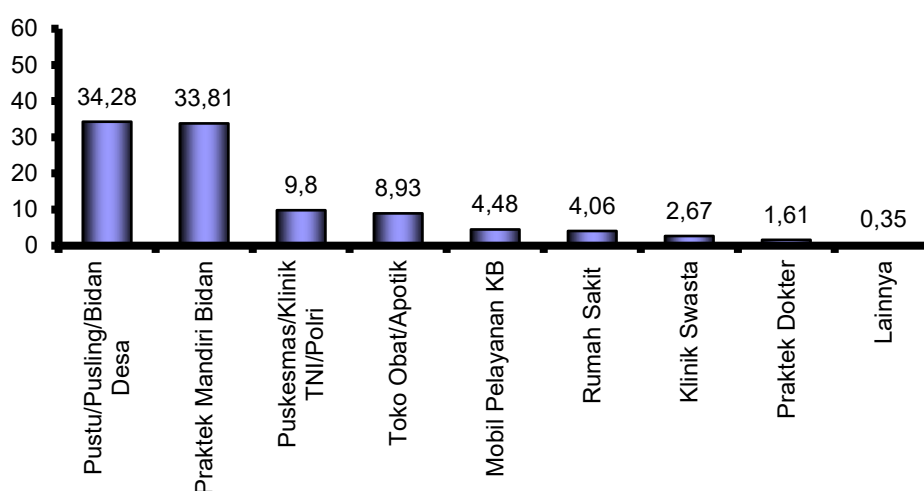
Sumber: Pendataan Keluarga Tahun 2025, BKKBN Provinsi Jambi

Keterangan: MOW = Metode Operasi Wanita
MOP = Metode Operasi Pria
IUD/AKDR = *Intra Uterine Device*/Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
MAL = Metode Amenore Laktasi

Pola pemilihan jenis metode kontrasepsi modern pada tahun 2025 menunjukkan bahwa sebagian besar akseptor memilih menggunakan suntik sebesar 66,63%, diikuti pil sebesar 15,23%. Pola ini terjadi setiap tahun, dimana peserta KB lebih banyak memilih metode kontrasepsi jangka pendek dibandingkan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). Jika dilihat dari efektivitas, kedua jenis alat/obat/cara KB ini (suntik dan pil) termasuk Metode Kontrasepsi Jangka Pendek sehingga tingkat efektifitas dalam pengendalian kehamilan lebih rendah dibandingkan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). MKJP merupakan kontrasepsi yang dapat dipakai dalam jangka waktu lama, lebih dari dua tahun, efektif dan efisien untuk tujuan pemakaian menjarangkan kelahiran lebih dari tiga tahun atau mengakhiri kehamilan pada PUS yang sudah tidak ingin menambah anak lagi. Alat/obat/cara KB yang termasuk MKJP yaitu IUD/AKDR, Implan, MOP dan MOW.

Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana. Pelayanan kesehatan dalam keluarga berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas. PUS bisa mendapatkan pelayanan kontrasepsi di tempat-tempat yang melayani program KB. Gambaran mengenai tempat pelayanan KB di Provinsi Jambi dapat dilihat pada Gambar 5.14 berikut ini.

Gambar 5.14
Jumlah PUS Peserta KB Modern Menurut Tempat Pelayanan
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Pendataan Keluarga Tahun 2025, BKKBN Provinsi Jambi

Berdasarkan tempat pelayanan KB, PUS paling banyak dilayani oleh Pustu/Pusling/Bidan Desa sebesar 34,28%, kemudian Praktek Mandiri Bidan (33,81%), dan Toko Obat/Apotik (9,8%).

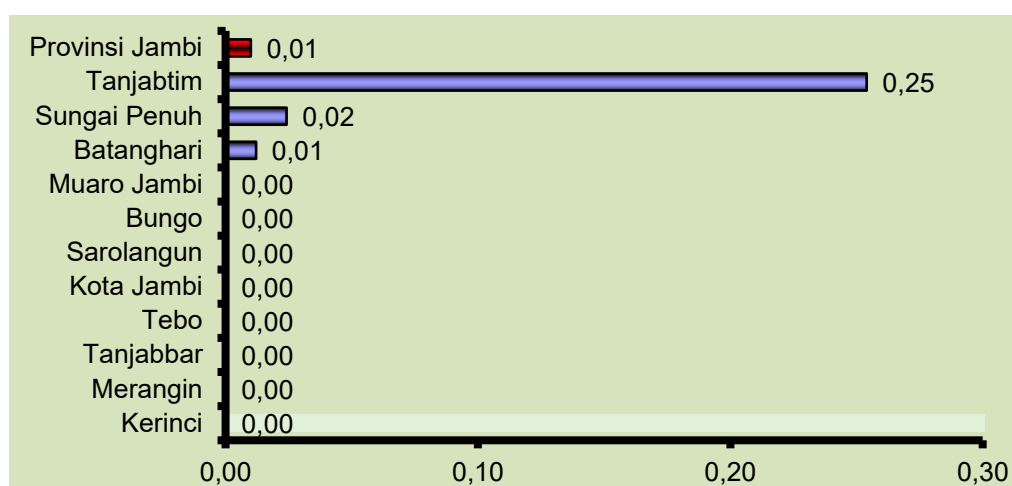
8. Pemeriksaan HIV dan Hepatitis B pada Ibu Hamil

a. HIV

Tujuan pemeriksaan HIV pada ibu hamil adalah untuk mencegah terjadinya kasus HIV pada bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan HIV. Penularan HIV dari ibu ke bayi dapat terjadi selama masa kehamilan, saat persalinan dan selama menyusui. Infeksi HIV pada bayi dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian sehingga berdampak buruk pada kelangsungan dan kualitas hidup anak.

Selama tahun 2025 terdapat 43.724 ibu hamil yang di periksa HIV di Provinsi Jambi. Dari pemeriksaan tersebut di dapatkan 5 (0,01%) ibu hamil yang positif HIV dan semua ibu hamil memulai pengobatan *antiretroviral* (ARV). Kabupaten/kota dengan persentase ibu hamil yang positif HIV terdapat pada tiga kabupaten/kota yang disajikan pada gambar 5.15

Gambar 5.15
Persentase Ibu Hamil Yang Positif HIV
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

b. Hepatitis B

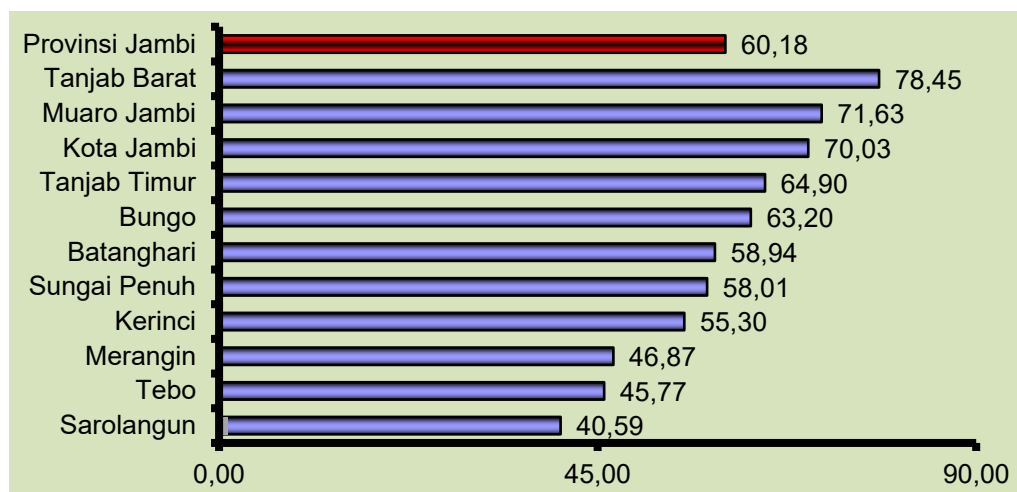
Penularan virus hepatitis B secara umum terjadi secara vertikal (dari ibu yang positif menderita hepatitis B kepada bayinya) dan horizontal (dari individu yang positif menderita hepatitis B kepada individu lainnya). Pada daerah endemik seperti Indonesia penularan hepatitis B umumnya terjadi secara vertikal terutama saat masa perinatal dan 95% bayi yang tertular saat masa perinatal akan menjadi hepatitis B kronik.

Untuk mencegah penularan dari ibu ke anak tersebut telah dilakukan upaya-upaya pencegahan, diantaranya dengan melakukan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB)

pada ibu hamil menggunakan tes cepat/*Rapid Diagnostic Test* (RDT) Hepatitis B *Surface Antigen* (HBsAg). HBsAg merupakan antigen permukaan yang ditemukan pada virus hepatitis B yang memberikan arti adanya infeksi hepatitis B. DDHB bertujuan menemukan sedini mungkin ibu hamil terinfeksi Hepatitis B (HBsAg Reaktif), kemudian ditindaklanjuti dengan serangkaian upaya terhadap bayi dari ibu terdeteksi HBsAg Reaktif tersebut yang didahului dengan pemberian vitamin K1 kemudian Vaksin Hepatitis B (HB0) dan HB1g (Hepatitis B Imunoglobulin) sebelum 24 Jam kelahiran. HB1g merupakan serum antibodi spesifik hepatitis B yang memberikan perlindungan langsung kepada bayi.

Pelaksanaan DDHB pada kelompok berisiko/ibu hamil telah dilakukan sejak tahun 2013 dengan uji coba di satu provinsi yaitu DKI Jakarta pada 5.000 ibu hamil, pelaksanaan DDHB terus diperluas secara bertahap ke seluruh kabupaten/kota yang ada di Indonesia.

Gambar 5.16
Persentase Ibu Hamil Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB)
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



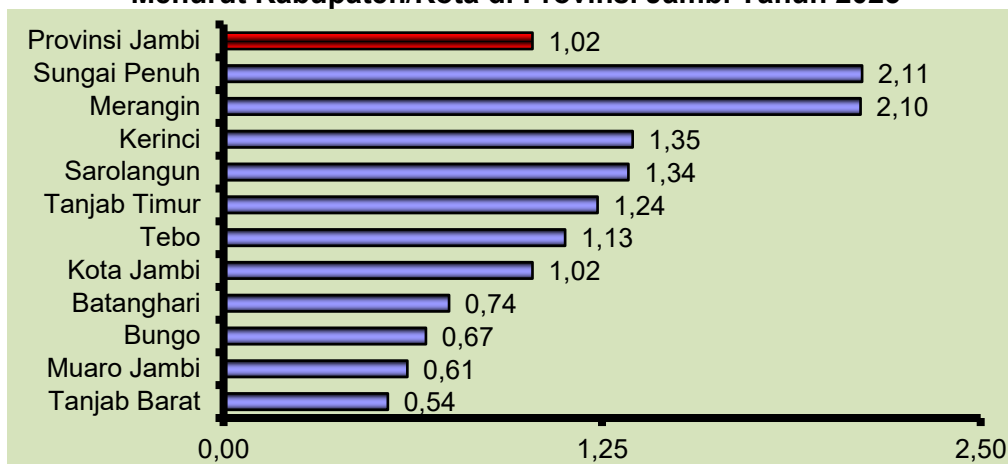
Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Persentase ibu hamil melaksanakan DDHB pada tahun 2025 menurut kabupaten/kota dapat dilihat pada Gambar 5.16. Pada tahun 2025 sebesar 60,18% ibu hamil melaksanakan DDHB dari jumlah sasaran ibu hamil tahun 2025 sebanyak 68.714 ibu hamil. Kabupaten/kota dengan capaian tertinggi yaitu Tanjung Jabung Barat sebesar 78,45%, sementara Kabupaten Sarolangun dengan capaian terendah sebesar 40,59%.

Jumlah Ibu hamil yang diperiksa hepatitis B dengan menggunakan RDT HBsAg tahun 2025 yaitu sebanyak 41.350 orang atau sebanyak 60,18% dari ibu hamil yang

menjadi sasaran. Capaian ini menunjukkan kenaikan dibandingkan tahun sebelumnya yaitu 35.360 atau 51,23% ibu hamil yang terjangkau oleh pemeriksaan.

Gambar 5.17
Persentase Ibu Hamil HBsAg Reaktif
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

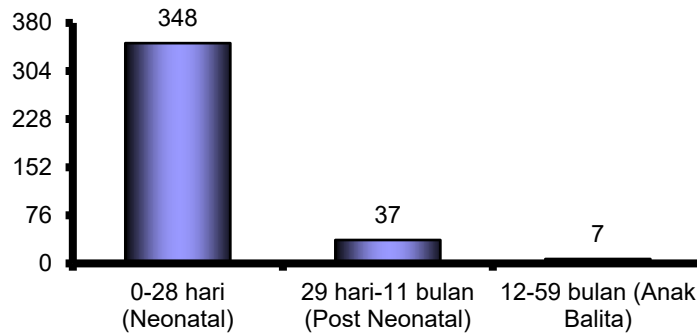
Pada tahun 2025 hasil pemeriksaan RDT HBsAg tahun 2025 menemukan sebanyak 421 atau 1,02% ibu hamil menunjukkan hasil reaktif. Angka ini menunjukkan kenaikan dibandingkan tahun 2024 yaitu 0,74% ibu hamil yang dinyatakan reaktif.

Distribusi provinsi memperlihatkan Kota Sungai Penuh dengan persentase tertinggi sebesar 2,11%, sementara Kabupaten tanjab Barat dengan persentase terendah (0,54%). Data dan informasi terkait penyakit hepatitis B menurut provinsi terdapat pada lampiran tabel 65.

B. KESEHATAN ANAK

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak menyatakan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Hal ini menyebabkan perlu dilakukan upaya kesehatan anak secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Upaya kesehatan anak dilaksanakan sejak janin dalam kandungan hingga anak berusia 18 tahun. Salah satu tujuan upaya kesehatan anak adalah menjamin kelangsungan hidup anak melalui upaya menurunkan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan balita.

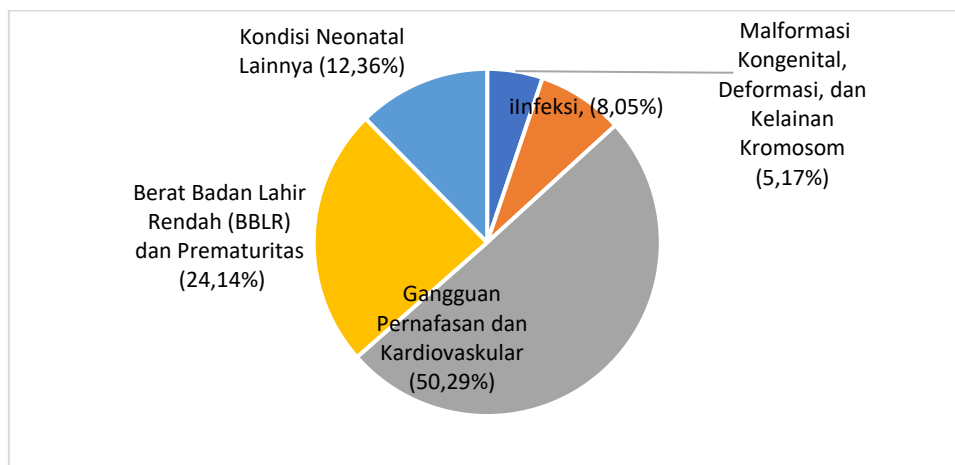
Gambar 5.18
Jumlah Kematian Balita (0 – 59 Bulan)
Menurut Kelompok Umur di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
 Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Tren kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan kecenderungan naik. Data yang dilaporkan Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi menunjukkan jumlah kematian balita pada tahun 2025 sebanyak 392 kematian balita, naik dibandingkan dengan tahun 2024, yaitu sebanyak 373 kematian. Dari seluruh kematian balita, 88,78% diantaranya terjadi pada masa neonatal (348 kematian). Dari seluruh kematian neonatal yang dilaporkan, sebagian besar diantaranya terjadi pada usia 0-6 hari sebesar 251 kematian (72,13%), sedangkan pada usia 7-28 hari sebesar 97 kematian (27,87%). Sementara itu, dari kematian balita, kematian pada masa post neonatal (usia 29 hari-11 bulan) sebesar 9,44% (37 kematian) dan kematian anak balita (usia 12-59 bulan) sebesar 1,79% (7 kematian).

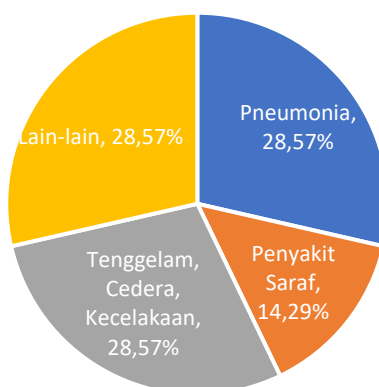
Gambar 5.19
Proporsi Penyebab Kematian Neonatal (0-28 hari)
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
 Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Penyebab kematian neonatal terbanyak pada tahun 2025 adalah gangguan pernafasan dan kardiovaskular sebesar 50,29%, diikuti dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Prematuritas sebesar 24,14% sebagaimana gambar di atas.

Gambar 5.20
Proporsi Penyebab Kematian Anak Balita (12-59 Bulan)
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Penyebab utama kematian pada kelompok anak balita (12-59 bulan) sebanyak 7 kematian sebagaimana padagambar di atas. Penyebab kematian pada anak balita lebih rinci dapat dilihat pada lampiran tabel 37.

Upaya kesehatan anak yang dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 dilakukan melalui pelayanan kesehatan janin dalam kandungan, kesehatan bayi baru lahir, kesehatan bayi, anak balita, dan prasekolah, kesehatan anak usia sekolah dan remaja, dan perlindungan kesehatan anak.

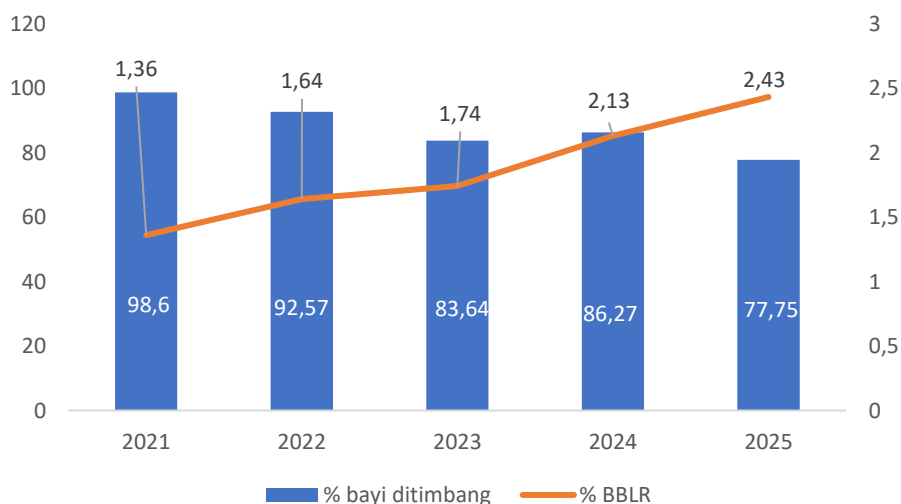
Dalam Profil Kesehatan ini data dan informasi mengenai upaya kesehatan anak disajikan dalam indikator kesehatan anak yang meliputi: pelayanan kesehatan neonatal, imunisasi rutin pada anak, dan pelayanan kesehatan pada anak sekolah.

1. Pelayanan Kesehatan Neonatal

Pada masa neonatal (0-28 hari) terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini, di antaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di

fasilitas kesehatan, serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir. Kunjungan neonatal idealnya dilakukan 3 kali, yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari.

Gambar 5.21
Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat Bidang Kesmas, 2025

Salah satu pelayanan yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah penimbangan. Berdasarkan data yang dilaporkan dari 11 kabupaten/kota kepada Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat, pada tahun 2024 terdapat 50.913 bayi baru lahir yang dilaporkan ditimbang berat badannya (77,75%). Sementara itu, dari bayi baru lahir yang ditimbang terdapat 1.237 bayi BBLR (2,43%). Persentase bayi BBLR ini naik dibandingkan tahun sebelumnya, yaitu 1.208 bayi (2,13%).

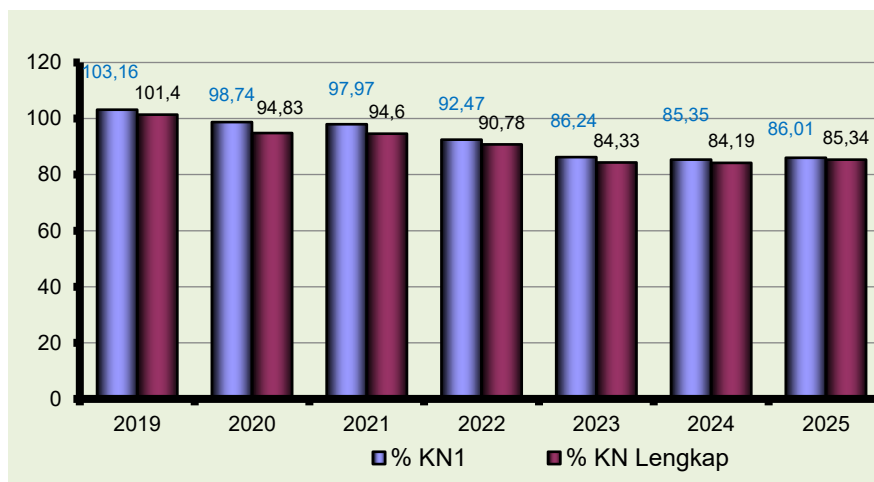
Kondisi bayi BBLR disebabkan oleh kondisi ibu saat hamil (kehamilan remaja, malnutrisi, dan komplikasi kehamilan), bayi kembar, janin memiliki kelainan atau kondisi bawaan, dan gangguan pada plasenta yang menghambat pertumbuhan bayi (*intrauterine growth restriction*). Bayi BBLR tanpa komplikasi dapat mengejar ketertinggalan berat badan seiring dengan pertambahan usia. Namun, bayi BBLR memiliki risiko lebih besar untuk stunting dan mengidap penyakit tidak menular saat dewasa, seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung. Rincian data mengenai bayi BBLR dapat dilihat pada lampiran tabel 38.

Indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal (0-28 hari), yaitu cakupan kunjungan neonatal. Upaya ini untuk mendeteksi sedini mungkin masalah kesehatan yang dapat menyebabkan kematian bayi baru lahir. Upaya ini juga bertujuan untuk memastikan

pelayanan yang seharusnya diperoleh bayi baru lahir dapat terlaksana. Pelayanan pada kunjungan ini dilakukan dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM), antara lain meliputi termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi (bila belum diberikan) dan Hepatitis B0 injeksi (bila belum diberikan).

Indikator cakupan kunjungan neonatal diukur pada Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Indikator ini merupakan pengembangan dari cakupan persentase kunjungan neonatal pertama (KN1) dari Renstra Tahun 2020-2024. Cakupan kunjungan neonatal dihitung berdasarkan jumlah bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit tiga kali, dengan distribusi waktu 1 kali pada periode 6-48 jam, 1 kali pada hari ke-3 sampai dengan hari ke-7, dan 1 kali pada hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir, dibandingkan jumlah seluruh bayi baru lahir usia 0-28 hari di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu, dikalikan dengan 100%.

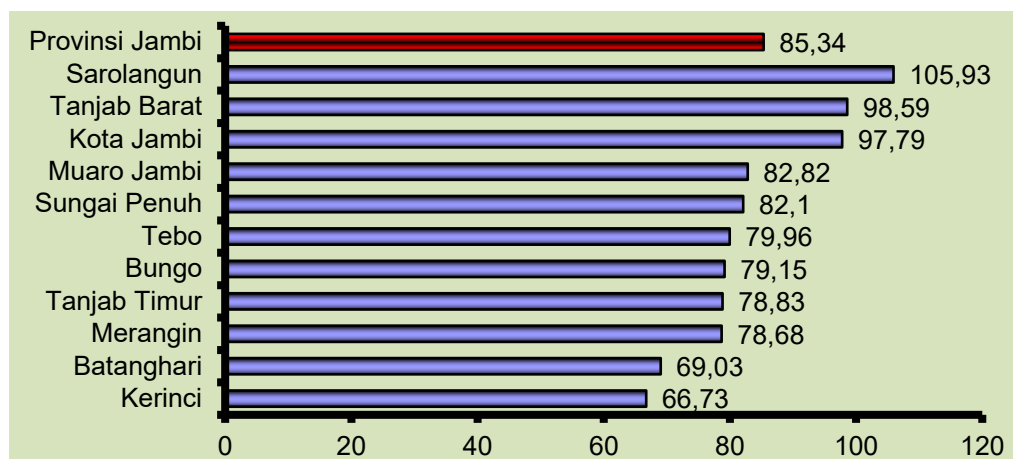
Gambar 5.22
Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) dan KN Lengkap
di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025



Sumber : Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Jika dilihat tren beberapa tahun terakhir, cakupan KN1 maupun KN lengkap menurun dari tahun 2019 sampai 2024, dan mengalami sedikit kenaikan pada tahun 2025 . Cakupan KN lengkap menurut provinsi dapat dilihat pada Gambar 5.23 berikut.

Gambar 5.23
Cakupan Kunjungan Neonatal 3 Kali (KN Lengkap)
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
 Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Cakupan Kunjungan Neonatal 3 Kali (KN Lengkap) pada tahun 2025 sebesar 85,34%. Capaian ini belum memenuhi target Renstra Kemenkes sebesar 91%. Kabupaten dengan cakupan tertinggi adalah Kabupaten Sarolangun sebesar 105,93%, sedangkan Kabupaten Kerinci dengan cakupan terendah (63,73%). Rincian data cakupan KN1 dan KN lengkap dapat dilihat pada lampiran tabel 39.

2. Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita dan Prasekolah

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita dan Prasekolah pasal 21, pelayanan kesehatan bayi, anak balita dan prasekolah dilakukan melalui pemberian ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan, pemberian ASI hingga 2 (dua) tahun, pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI) mulai usia 6 (enam) bulan, pemberian imunisasi dasar lengkap bagi bayi, pemberian imunisasi lanjutan DPT/HB/Hib pada anak usia 18 bulan dan imunisasi campak pada anak usia 24 bulan, pemberian vitamin A, upaya pola mengasuh anak, pemantauan pertumbuhan, pemantauan perkembangan, pemantauan gangguan tumbuh kembang, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), serta merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

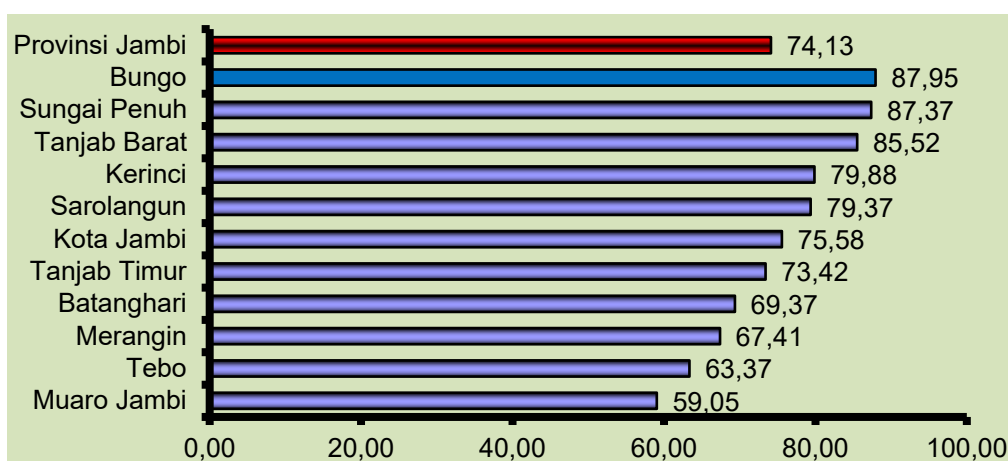
Kegiatan pelayanan kesehatan bayi, anak balita dan prasekolah dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan kader posyandu, guru Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)/Taman Kanak-kanak (TK)/Raudhatul Athfal (RA) dengan minimal

pelayanan kesehatan balita meliputi penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan/tinggi badan, pemantauan perkembangan, pemberian vitamin A (usia 6-59 bulan), imunisasi dasar lengkap dan pelayanan balita sakit dengan pendekatan MTBS.

Pelayanan kesehatan bayi, anak balita dan prasekolah bertujuan untuk menurunkan terjadinya kematian bayi dan balita, meningkatkan kualitas hidup balita (menurunkan prevalensi stunting dan wasting melalui upaya pemenuhan layanan esensial sebagai pencegahan penyakit, deteksi dini risiko penyakit pada bayi, anak balita dan agar dapat ditindaklanjuti secara dini dan tepat. Hasil dari pelayanan kesehatan di posyandu, PAUD/TK/RA, puskesmas, RS serta fasilitas kesehatan lainnya dapat dipergunakan sebagai bahan perencanaan dan evaluasi bagi puskesmas agar pelaksanaan peningkatan kesehatan bayi, anak balita dan prasekolah dapat lebih tepat sasaran dan tujuan.

Untuk menurunkan terjadinya kematian bayi dan balita, perlu dioptimalkan penggunaan buku KIA oleh ibu yang memiliki balita melalui pemberdayaan keluarga dan masyarakat. Buku KIA adalah home-base record untuk memastikan *continuum of care* (COC) ibu dan anak serta panduan bagi keluarga dan penyedia layanan kesehatan untuk mendeteksi masalah kesehatan melalui kegiatan *monitoring* kesehatan.

Gambar 5.24
Balita Memiliki Buku KIA
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Berdasarkan laporan Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat, persentase balita memiliki Buku KIA di Provinsi Jambi pada tahun 2025 adalah 74,13%. Kabupaten/kota dengan cakupan persentase balita memiliki Buku KIA tertinggi yaitu Kabupaten Bungo sebesar 87,95% sedangkan kabupaten/kota dengan cakupan persentase balita memiliki buku KIA terendah adalah Muaro Jambi sebesar 59,05%.

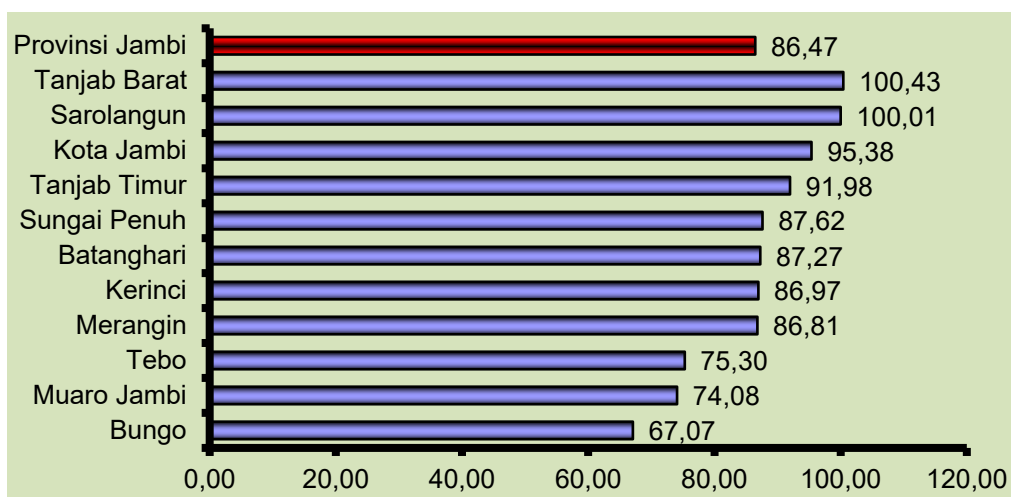
Buku KIA penting untuk memastikan kontinuitas pelayanan kesehatan yang optimal bagi ibu dan anak.

Upaya pemenuhan layanan esensial utama untuk bayi dan balita meliputi pemberian ASI eksklusif dan vitamin A, serta upaya preventif melalui pemantauan pertumbuhan dan perkembangan. Tujuan dari pemantauan ini adalah untuk mendeteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan seperti *stunting*, *wasting*, gizi buruk, dan obesitas pada balita, sehingga dapat dilakukan intervensi atau rujukan yang tepat ke fasilitas kesehatan.

Indikator keberhasilan dalam hal ini diukur dengan melihat persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya dibandingkan dengan total sasaran balita. Pada Gambar 5.25 dapat dilihat bahwa persentase balita dipantau pertumbuhan dan perkembangan di Provinsi Jambi pada tahun 2025 adalah sebesar 70,34%. Capaian ini naik dari tahun 2024 sebesar 52,52%.

Hasil capaian balita dipantau pertumbuhan dan perkembangan tertinggi oleh Kabupaten Tanjung Jabung Barat sebesar 100,43 dan cakupan persentase balita dipantau pertumbuhan dan perkembangan terendah yaitu Kabupaten Bungo sebesar 67,07%.

Gambar 5.25
Balita dipantau Pertumbuhan dan Perkembangan
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

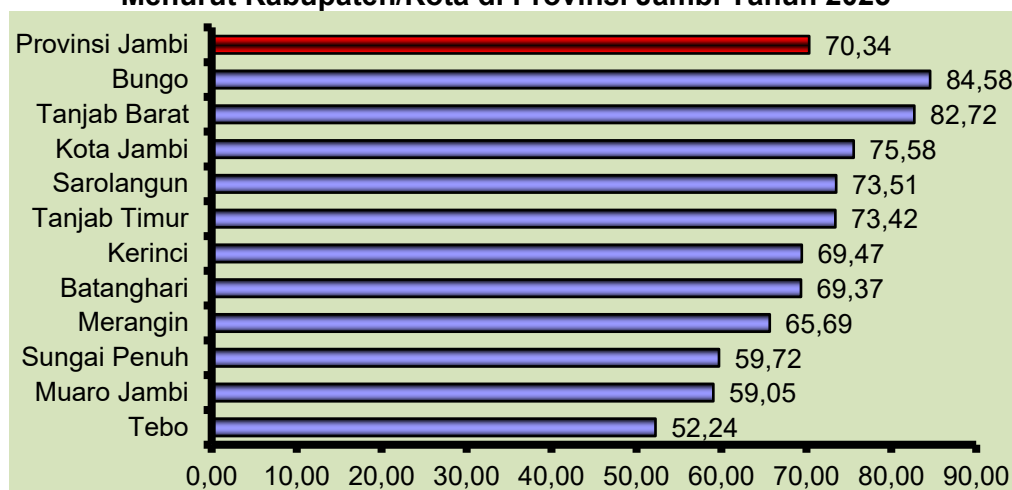


Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan di Indonesia dilakukan berjenjang mulai dari tingkat keluarga/masyarakat dengan menggunakan *checklist* perkembangan Buku KIA. Hasil pemeriksaan perkembangan melalui Buku KIA dengan interpretasi tidak lengkap, ditindaklanjuti dengan pemeriksaan pertumbuhan dan

perkembangan melalui kegiatan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) di Puskesmas.

Gambar 5.26
Balita dilayani SDIDTK
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

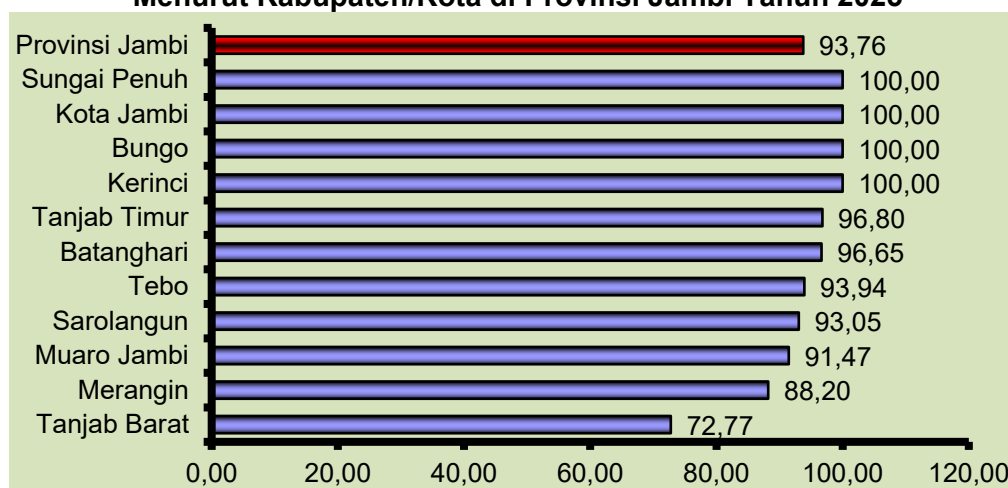


Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Persentase balita dilayani SDIDTK tahun 2025 sebesar 70,34%. Kabupaten/kota dengan cakupan balita dilayani SDIDTK tertinggi yaitu Bungo sebesar 84,58%, sedangkan kabupaten dengan cakupan balita dilayani SDIDTK terendah adalah Tebo sebesar 52,24%.

Sebagai tindak lanjut dari upaya deteksi faktor risiko dan penyakit, maka dilakukan penanganan bayi dan balita sakit dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas atau fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya.

Gambar 5.27
Balita dilayani MTBS
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Persentase balita dilayani MTBS tahun 2025 sebesar 93,76%. Disparitas cakupan balita dilayani MTBS antar kabupaten/kota berkisar antara 72,77% di Tanjab Barat dan 100% pada empat kabupaten. Rincian lengkap mengenai cakupan pelayanan kesehatan balita dan anak prasekolah dapat dilihat pada lampiran tabel 47.

3. Imunisasi

Pemberian imunisasi merupakan upaya kesehatan masyarakat yang terbukti paling *cost-effective* serta berdampak positif untuk mewujudkan derajat kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Imunisasi tidak hanya melindungi seseorang tetapi juga masyarakat, dengan memberikan perlindungan komunitas atau yang disebut dengan *herd immunity*. Arah pembangunan kesehatan saat ini menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif tanpa meninggalkan aspek kuratif dan rehabilitatif. Salah satu upaya preventif adalah dilaksanakannya program imunisasi. Pemberian imunisasi dapat mencegah dan mengurangi kejadian kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) yang diperkirakan sebanyak 2 hingga 3 juta kematian tiap tahunnya.

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam PD3I, antara lain Hepatitis B, TBC, difteri, pertusis, tetanus, polio, campak rubela, radang selaput otak dan radang paru-paru.

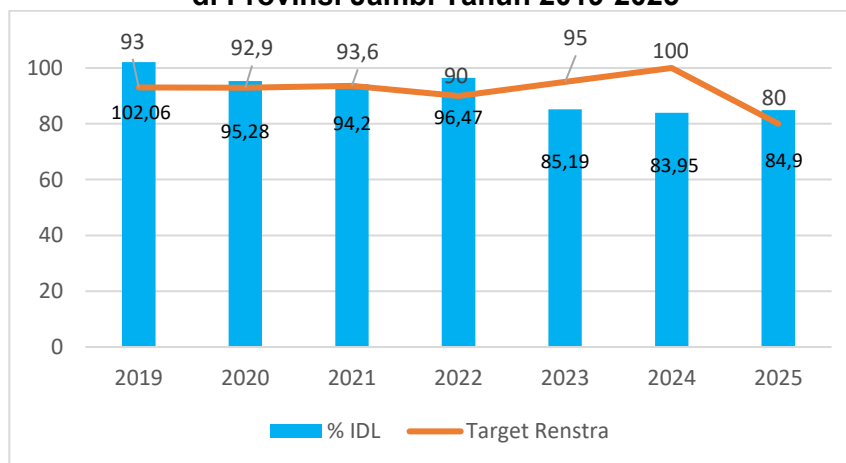
Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan. Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak. Ketentuan mengenai penyelenggaraan imunisasi ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017. Selanjutnya akan dibahas program imunisasi yang dilakukan pemerintah, yaitu:

a. Imunisasi Dasar pada Bayi

Di Indonesia, setiap bayi usia 0-11 bulan wajib mendapatkan imunisasi dasar lengkap, yang terdiri dari 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB-HiB, 4 dosis polio tetes atau Oral Polio Vaccine (OPV), 1 dosis polio suntik atau *Inactivated Polio Vaccine (IPV)* dan 1 dosis Campak Rubela. Penentuan jenis imunisasi dan jadwal pemberian ini didasarkan atas kajian ahli dan analisis epidemiologi atas penyakit-penyakit yang timbul. Untuk beberapa daerah terpilih sesuai kajian epidemiologi, analisis

beban penyakit dan rekomendasi ahli, ada tambahan imunisasi tertentu, yaitu *Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV)* dan *Japanese Encephalitis*. Implementasi pemberian imunisasi tersebut belum berlaku secara nasional, sehingga tidak diperhitungkan sebagai komponen imunisasi dasar lengkap pada bayi.

Gambar 5.28
Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi
di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025



Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Pada tahun 2025, cakupan imunisasi dasar lengkap sebesar 84,90% (Gambar 5.28). Angka ini telah memenuhi target Renstra Kemenkes tahun 2025-2029, yaitu 80%. Cakupan imunisasi dasar lengkap pada tahun 2025 sedikit naik dari tahun 2024.

Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi merupakan salah satu indikator penting untuk mengukur pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan di suatu wilayah. Hal ini mengindikasikan sejauh mana pelayanan imunisasi dasar telah tersedia dan dapat diakses secara merata di berbagai daerah.

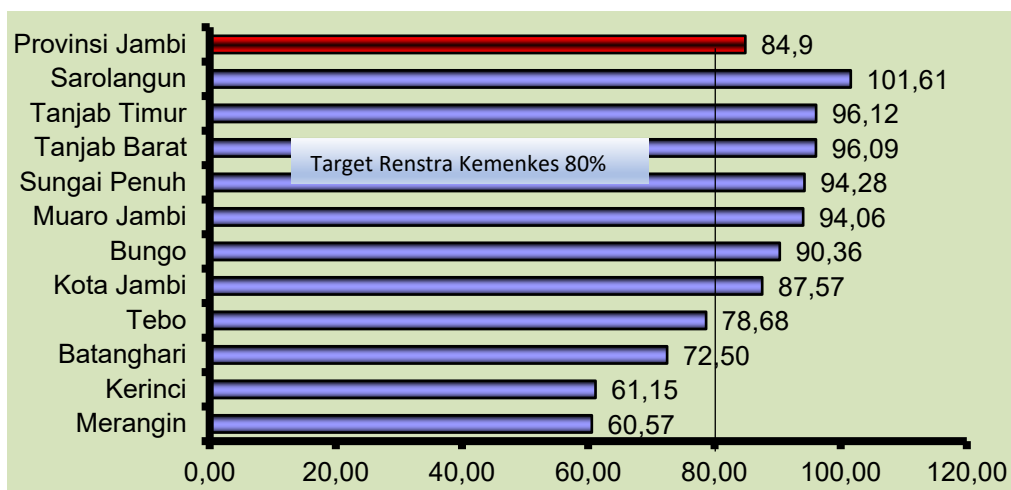
Ketika persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap tinggi, hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar wilayah telah berhasil memberikan pelayanan imunisasi dasar yang cukup baik kepada bayi-bayi di daerah tersebut. Ini bisa mengindikasikan adanya akses yang baik terhadap layanan kesehatan, kesadaran masyarakat akan pentingnya imunisasi, serta ketersediaan infrastruktur dan sumber daya yang memadai di sektor kesehatan.

Namun, perlu dicatat bahwa meskipun persentase ini mencapai target, evaluasi terus menerus diperlukan untuk memastikan bahwa pelayanan imunisasi dasar tersebut tidak hanya merata secara geografis, tetapi juga mencakup semua kelompok masyarakat, termasuk yang berada di daerah terpencil atau terpinggirkan. Upaya terus-

menerus diperlukan untuk memperbaiki pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan agar semua anak memiliki akses yang setara terhadap imunisasi dasar yang diperlukan

Jika dilihat menurut kabupaten/kota, terdapat 8 kabupaten/kota yang telah mencapai target Renstra Kemenkes tahun 2025 sebagaimana pada gambar berikut.

Gambar 5.29
Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Pada gambar di atas, diketahui bahwa kabupaten/kota dengan cakupan imunisasi dasar lengkap tertinggi adalah Kabupaten Sarolangun (101,61%). Cakupan imunisasi dasar lengkap lebih dari 100%, hal ini dikarenakan jumlah bayi (*surviving infant*) riil lebih banyak dibandingkan sasaran estimasi bayi yang terdapat pada KMK Nomor HK.01.07/Menkes/140/2024 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/5675/2021 tentang Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan tahun 2021-2025. Kabupaten/kota dengan capaian terendah yaitu Merangin (60,57%). Rincian data mengenai imunisasi dasar pada bayi tahun 2025 terdapat pada lampiran tabel 43.

b. Angka Drop Out Cakupan Imunisasi DPT/HB/HiB1-Campak

Setiap anak yang sudah mendapat kesempatan pertama imunisasinya, harus menyelesaikan rangkaian dosis sesuai jadwal agar kekebalan tubuh yang didapat melalui imunisasi dapat terbentuk secara optimal. Jika anak tersebut tidak menyelesaikannya secara lengkap maka disebut sebagai *Drop Out (DO)*. Angka DO ini menjadi indikator pemanfaatan layanan imunisasi. Pemanfaatan layanan imunisasi

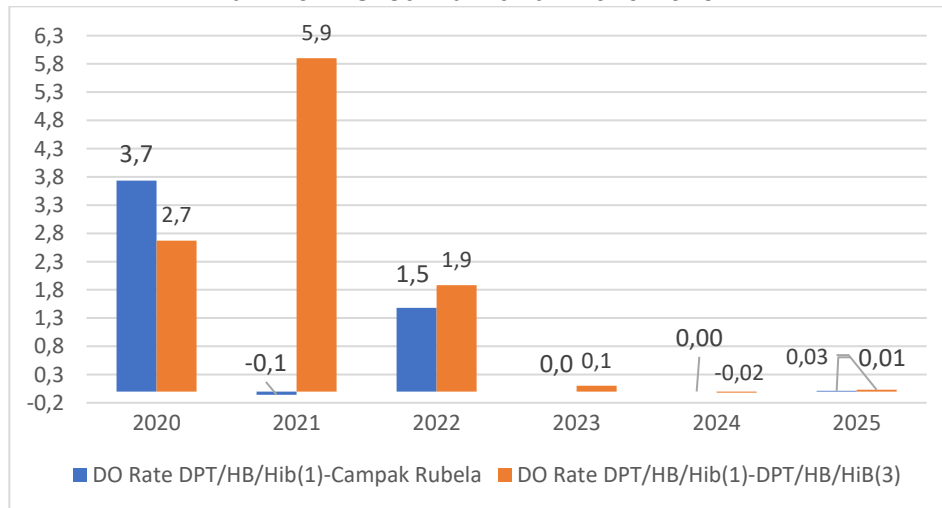
adalah kesempatan masyarakat menggunakan fasilitas kesehatan untuk mendapatkan layanan imunisasi.

Untuk mengetahui angka DO pada bayi, dapat dilakukan penghitungan menggunakan DO imunisasi DPT-HB-Hib1 ke DPT-HB-Hib3 atau DO imunisasi DPT-HB-Hib1 ke Campak Rubela 1. Angka DO imunisasi DPT-HB-Hib1 ke DPT-HB-Hib3 diperoleh dengan menghitung selisih cakupan imunisasi DPT-HB-Hib1 dengan cakupan imunisasi DPT-HB-Hib3. Sedangkan, angka DO imunisasi DPT-HB-Hib1 ke Campak Rubela 1 diperoleh dengan menghitung selisih cakupan imunisasi DPT-HB-Hib1 dengan cakupan imunisasi Campak Rubela 1. Pemanfaatan layanan imunisasi dianggap baik apabila angka DO $<5\%$, sehingga angka DO dari DPT-HB-Hib1 ke DPT-HB-Hib3 atau DPT-HB-Hib1 ke Campak Rubela 1 diharapkan tidak melebihi 5%.

Pada tahun 2020, angka DO DPT-HB-Hib1 dengan Campak Rubela 1 berada di bawah batas maksimal 5%, tetapi cenderung mengalami peningkatan. Kecenderungan tahun meningkat hingga tahun 2021, angka DO DPT-HB-Hib1 dengan Campak Rubela 1 berada di ambang batas minimal (nilai minus). Hal ini menunjukkan bahwa jumlah anak yang di Campak Rubela 1 lebih banyak dibandingkan jumlah anak yang diimunisasi DPT-HB-Hib1. Pada saat anak memasuki usia 9 bulan, orang tua mudah untuk mengingat jadwal imunisasi Campak Rubela 1, sehingga cenderung membawa anaknya untuk imunisasi. Selain itu, efek samping DPT-HB-Hib1 seringkali menyebabkan orang tua melewatkan jadwal imunisasi tersebut.

Tren angka DO imunisasi DPT-HB-Hib1 ke DPT-HB-Hib3 cenderung meningkat sejak tahun 2020 sampai dengan tahun 2021. Angka DO tahun 2021 melewati batas maksimum yang telah ditetapkan dan merupakan yang tertinggi dalam 3 tahun terakhir, yaitu sebesar 5,9%. Hal ini disebabkan karena terbatasnya jadwal pelayanan imunisasi, baik di puskesmas maupun posyandu akibat pandemi COVID-19, menurunnya kunjungan sasaran untuk mendapatkan layanan imunisasi, dan keterbatasan jumlah vaksin di beberapa tempat karena menurunnya kapasitas penyimpanan rantai dingin. Dan pada tahun 2022-2024 menurun kembali di bawah batas maksimal 5%, dapat diartikan bahwa pemanfaatan layanan imunisasi yang baik.

Gambar 5.30
Angka Drop Out (DO) Imunisasi Pada Bayi
di Provinsi Jambi Tahun 2020-2025



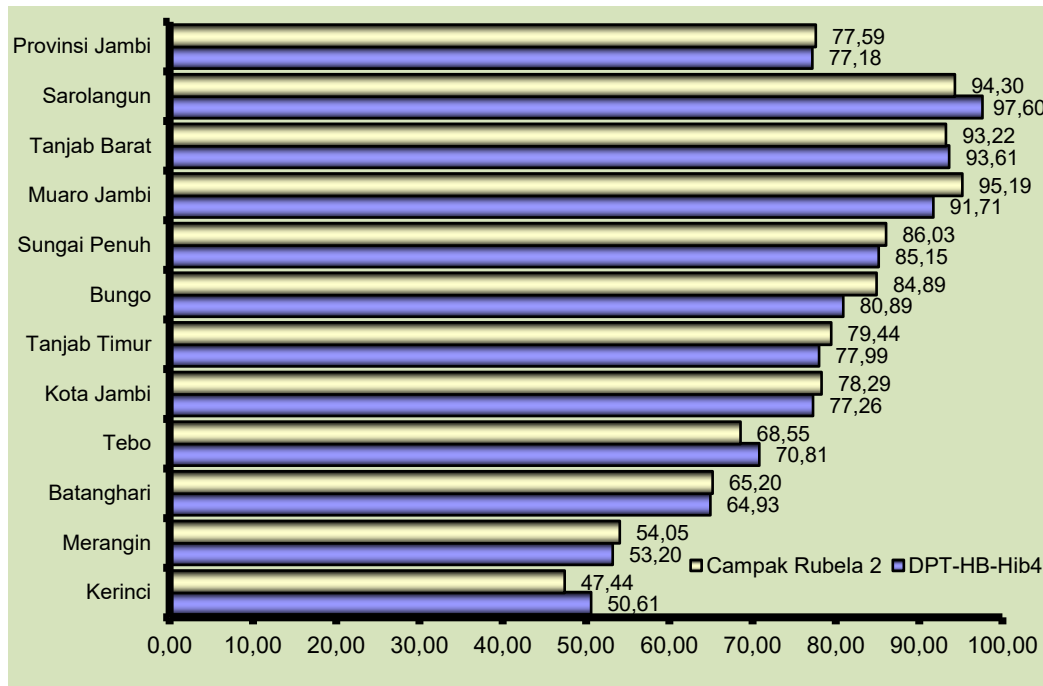
Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

c. Imunisasi Lanjutan pada Anak Baduta

Imunisasi lanjutan pada anak baduta (bawah dua tahun) diperlukan untuk mempertahankan tingkat kekebalan sehingga dapat memberikan perlindungan dengan optimal. Beberapa jenis imunisasi dasar yang diberikan pada saat bayi memerlukan dosis lanjutan (*booster*) untuk meningkatkan kekebalannya, salah satunya melalui pemberian imunisasi lanjutan pada usia 18 bulan. Perlindungan optimal dari pemberian imunisasi lanjutan ini hanya didapat apabila anak tersebut telah mendapat imunisasi dasar secara lengkap. Karena itu, sejak tahun 2014, secara nasional program imunisasi lanjutan masuk ke dalam program imunisasi rutin dengan memberikan masing-masing 1 dosis DPT-HB-HiB dan Campak Rubela kepada anak usia 18-24 bulan.

Cakupan imunisasi DPT-HB-Hib4 dan Campak Rubela 2 pada anak usia 18-24 bulan tahun 2025 naik dibandingkan tahun 2024. Cakupan imunisasi DPT-HB-Hib4 tahun 2025 sebesar 77,18% naik dibandingkan tahun 2024 sebesar 68,12%, sedangkan cakupan imunisasi Campak Rubela 2 tahun 2025 sebesar 77,59% naik dibandingkan tahun 2024 sebesar 72,62% sebagaimana gambar 5.31 berikut. Rincian lengkap mengenai cakupan imunisasi lanjutan DPT-HB-HiB4 dan Campak Rubela 2 pada anak baduta dapat dilihat pada lampiran tabel 45.

Gambar 5.31
Cakupan Imunisasi Lanjutan Dpt-Hb-Hib4 Dan Campak Rubela 2 Pada Anak
Baduta Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

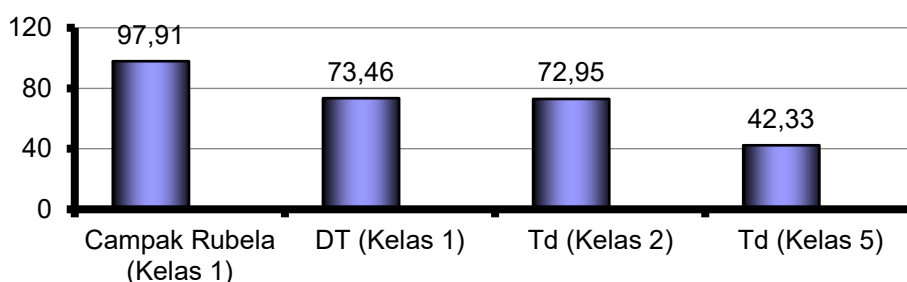


Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

d. Imunisasi Anak Sekolah

Selain imunisasi lanjutan pada baduta, untuk mempertahankan tingkat kekebalan pada anak sehingga dapat terlindungi dari Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I), juga dilakukan imunisasi lanjutan pada anak usia sekolah. Pelaksanaan imunisasi lanjutan pada anak usia sekolah dilakukan melalui kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) yang terintegrasi dengan kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan sasaran anak usia sekolah dasar (SD). Jenis imunisasi yang diberikan pada pelaksanaan BIAS, yaitu Campak Rubela, Tetanus dan Difteri. Pada daerah tertentu yang menjadi lokus pelaksanaan program demonstrasi imunisasi *Human Papilloma Virus (HPV)*, imunisasi *HPV* ditambahkan pada kegiatan BIAS dengan sasaran siswa perempuan kelas 5 dan 6. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, pelaksanaan imunisasi pada anak sekolah diberikan pada anak SD/MI/ sederajat usia kelas 1 (Campak Rubela dan DT), kelas 2 (Td) dan kelas 5 (Td). Pada masa pandemi COVID-19, pelaksanaan BIAS menjadi sangat terpengaruh dan tidak dapat berjalan dengan baik karena tidak adanya pelaksanaan belajar mengajar secara tatap muka di sekolah.

Gambar 5.32
Cakupan Imunisasi Anak Sekolah di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Cakupan imunisasi pada pelaksanaan BIAS tahun 2025 belum mencapai target sebesar 88% yang dinilai dari cakupan imunisasi Td pada anak usia kelas 5, dimana capaiannya sebesar 42,33%. Sedangkan cakupan imunisasi Campak Rubela pada anak usia kelas 1 sebesar 97,91%, cakupan imunisasi DT sebesar 73,40%, cakupan imunisasi Td pada anak usia kelas 2 sebesar 72,95% yang disajikan pada gambar di atas dan lampiran tabel 51.

4. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak pasal 28, pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dilakukan melalui usaha kesehatan sekolah dan pelayanan kesehatan peduli remaja. Kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan kegiatan lintas sektor, yang meliputi berbagai upaya antara lain penjangkaran kesehatan dan pemeriksaan berkala, pemberian tablet tambah darah bagi remaja putri, pembinaan kantin sekolah sehat, imunisasi, dan pembinaan kader kesehatan sekolah.

Kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan di sekolah dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan kader kesehatan sekolah, dengan minimal dilakukan pemeriksaan status gizi (tinggi badan dan berat badan), pemeriksaan gigi, pemeriksaan tajam penglihatan, dan pemeriksaan tajam pendengaran.

Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan mengamanatkan penyelenggaraan Upaya kesehatan promotif dan preventif secara holistik, termasuk perlindungan dan skrining kesehatan berkala bagi anak sekolah dan remaja.

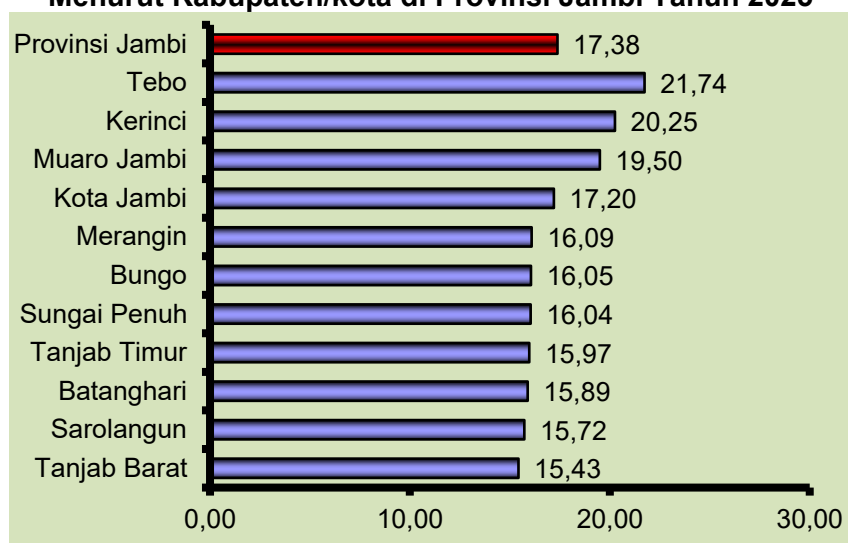
Kementerian Kesehatan dalam menjalankan program unggulan Presiden dan Wakil Presiden pada pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) atau Cek Kesehatan Gratis (CKG) anak sekolah melalui KMK Nomor HK.01.07/MENKES/33/2025 yang mengatur petunjuk teknis Pemeriksaan Kesehatan

Gratis. PKG mulai dilaksanakan serentak sejak Juli/Agustus 2025 untuk anak usia 7-17 tahun (Tingkat SD hingga SMA/ sederajat).

Pelayanan kesehatan anak usia sekolah bertujuan untuk mendeteksi dini risiko penyakit pada anak sekolah agar dapat ditindaklanjuti secara dini, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal, sehingga dapat menunjang proses belajar mereka dan pada akhirnya menciptakan anak usia sekolah yang sehat dan berprestasi.

Hasil dari pelayanan kesehatan di sekolah juga dapat dipergunakan sebagai bahan perencanaan dan evaluasi UKS bagi puskesmas, sekolah dan Tim Pembina UKS (TP UKS) agar pelaksanaan peningkatan kesehatan anak sekolah dapat lebih tepat sasaran dan tujuan.

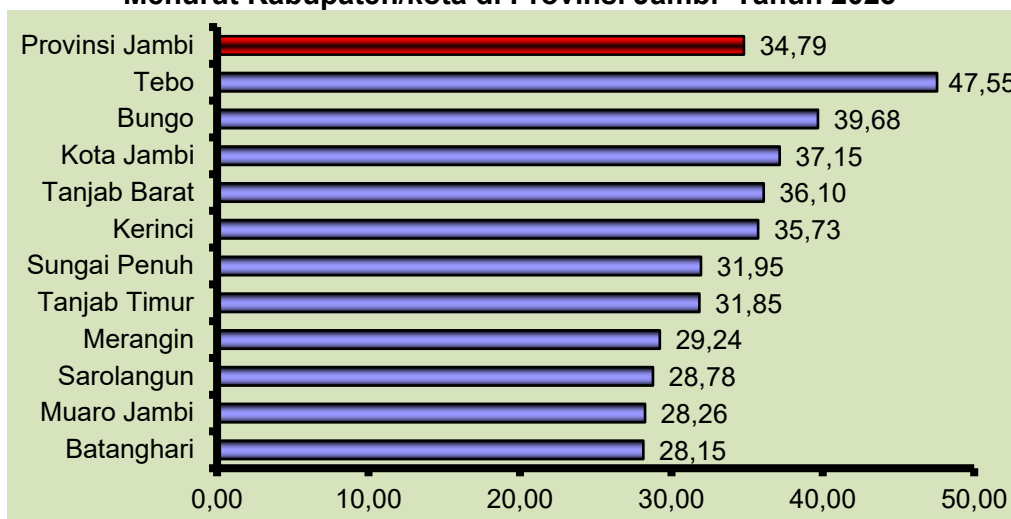
Gambar 5.33
Cakupan Peserta Didik SD/MI yang Mendapat Pemeriksaan Kesehatan Gratis Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Cakupan peserta didik SD/MI yang mendapatkan pemeriksaan kesehatan gratis pada tahun 2025 sebesar 17,38% (Gambar 5.33) yang belum memenuhi target Renstra Kemenkes sebesar 20%. Terdapat dua kabupaten yang mencapai target yaitu Tebo dan Kerinci.

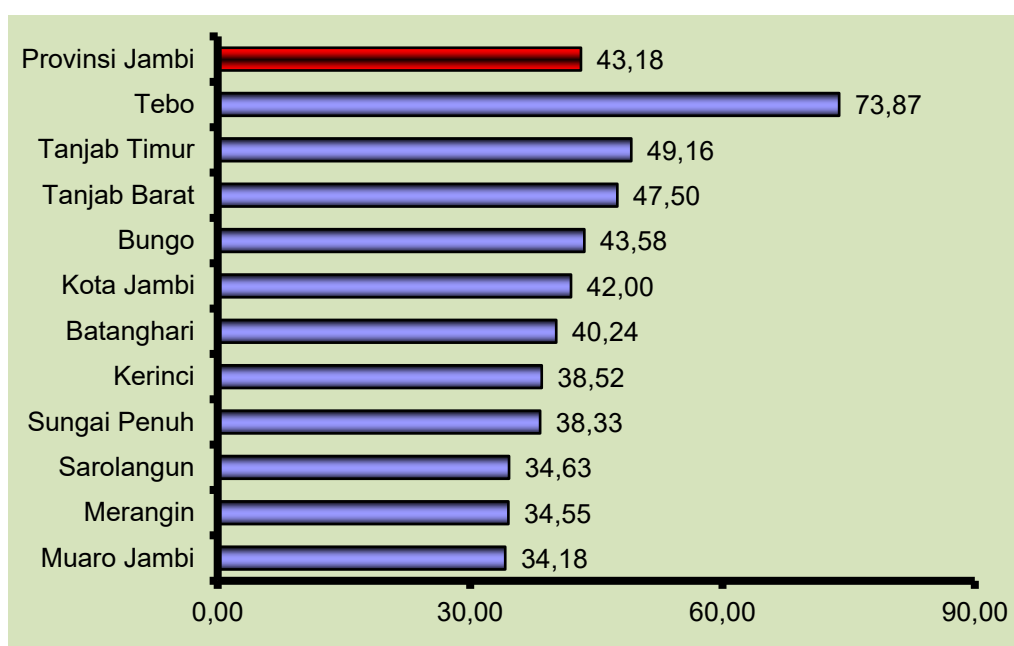
Gambar 5.34
Cakupan Peserta Didik SMP/MTs Yang Mendapat Pemeriksaan Kesehatan Gratis
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
 Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Cakupan peserta didik SMP/MTs yang mendapatkan pemeriksaan kesehatan gratis pada tahun 2025 sebesar 34,79% (Gambar 5.34) yang telah memenuhi target Renstra Kemenkes sebesar 20% untuk semua kabupaten/kota.

Gambar 5.35
Cakupan Peserta Didik SMA/MA Yang Mendapat Pemeriksaan Kesehatan Gratis
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber : Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
 Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Cakupan peserta didik SMA/MA yang mendapatkan pemeriksaan kesehatan gratis pada tahun 2025 sebesar 43,18% (Gambar 5.35) yang telah memenuhi target Renstra Kemenkes sebesar 20% untuk semua kabupaten/kota. Rincian lengkap mengenai cakupan peserta didik SD/MI, SMP/MTs, dan SMA/MA mendapat pemeriksaan kesehatan gratis dapat dilihat pada lampiran tabel 50.

C. GIZI

Subbab gizi berisi status gizi balita beserta pencegahan dan penanganan masalah gizi, diantaranya pemberian ASI eksklusif pada bayi usia sampai dengan 6 bulan, pemberian kapsul vitamin A pada balita 6-59 bulan, pemberian tablet tambah darah pada remaja putri, serta pemberian makanan tambahan pada ibu hamil kurang energi kronik dan balita gizi kurang.

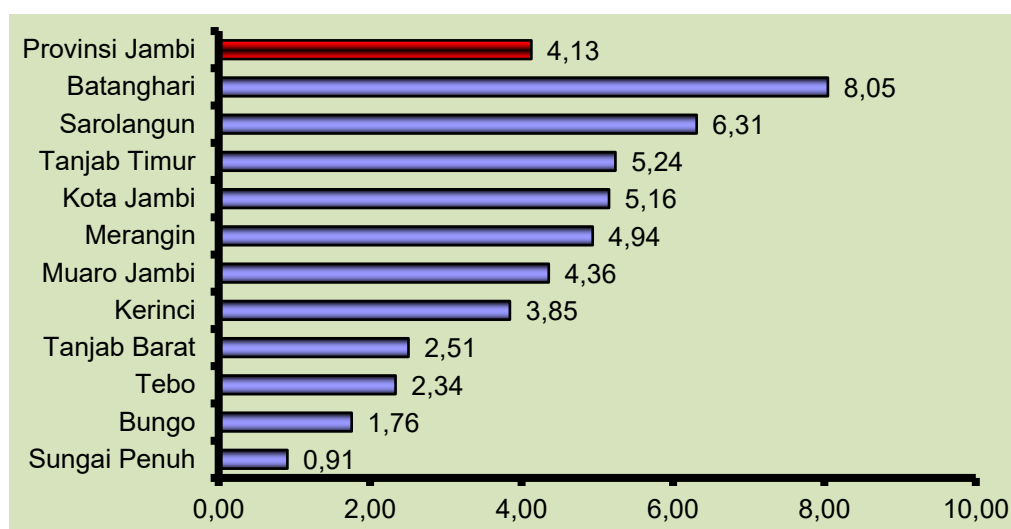
1. Status Gizi Balita

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, telah diatur standar antropometri yang digunakan untuk mengukur atau menilai status gizi anak. Standar antropometri yang digunakan Program Surveilans Gizi terdiri atas indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U), Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), dan Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB). Klasifikasi penilaian status gizi berdasarkan Indeks Antropometri sesuai dengan kategori status gizi pada WHO *Child Growth Standards* untuk anak usia 0-5 tahun dan The WHO *Reference* 2007 untuk anak 5-18 tahun. Status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) pada balita (0-59 bulan) dinyatakan dengan kategori berat badan sangat kurang, kurang, normal, dan risiko berat badan berlebih. *Underweight* merupakan kategori status gizi berat badan sangat kurang dan kurang. Berdasarkan Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), status gizi dinyatakan dengan kategori tinggi badan sangat pendek, pendek, normal, dan tinggi. Tinggi badan sangat pendek dan pendek dikategorikan sebagai stunting. Selain itu, status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) dinyatakan dengan kategori gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, berisiko gizi lebih, gizi lebih, dan obesitas. Gizi buruk dan gizi kurang dikategorikan sebagai wasting.

Kegiatan pemantauan pertumbuhan merupakan penimbangan dan pengukuran yang dilakukan dalam kegiatan pemantauan pertumbuhan setiap bulan pada seluruh sasaran balita di wilayah kerja puskesmas (posyandu maupun fasilitas pendidikan anak

usia dini). Hasil penimbangan dan pengukuran dicatat atau dientri oleh petugas puskesmas ke dalam aplikasi elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPBGM) untuk mengetahui kategori status gizinya. Pengukuran antropometri juga dilakukan pada kegiatan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) yang dilaksanakan oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) bekerja sama dengan Badan Pusat Statistik (BPS). Pengukuran antropometri dilakukan dengan menggunakan timbangan berat badan digital (tingkat ketelitian 0,1 kg), alat ukur tinggi/panjang badan (tingkat ketelitian 1 mm), dan alat ukur LiLA (tingkat ketelitian 1 mm). Status gizi yang disajikan dalam SKI tahun 2023 meliputi prevalensi *stunting* dan *wasting* begitupun dengan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024.

Gambar 5.36
Persentase *Underweight* Pada Balita 0-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

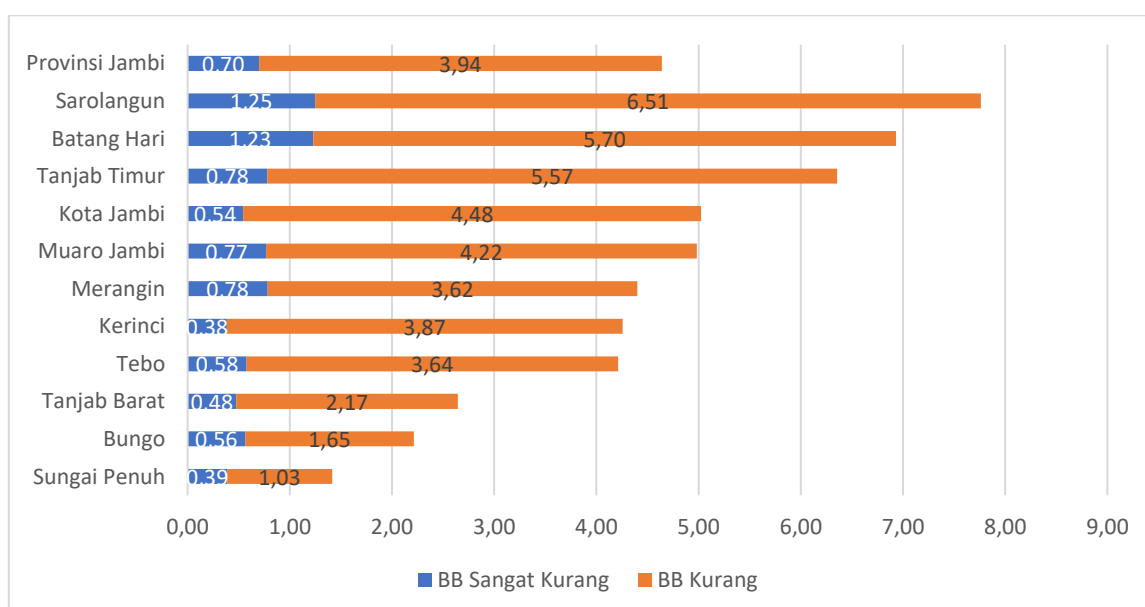


Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Di Provinsi Jambi berdasarkan Survey Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2024 yang dilakukan oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kementerian Kesehatan, didapatkan prevalensi *underweight* (berat badan kurang dan sangat kurang) pada balita sebesar 13,8%, angka ini naik 4,9% dibandingkan dengan Survey Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 sebesar 8,9%. Sementara berdasarkan data Aplikasi elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPBGM) melalui Surveilans Gizi Tahun 2025, didapatkan balita *underweight* sebesar 4,13% dari 145.901 balita ditimbang yang digambarkan pada gambar 5.36. Kabupaten dengan persentase tertinggi adalah Batanghari sebesar 8,05% sedangkan Kota Sungai Penuh dengan persentase *underweight* terendah sebesar 0,91% .

Berdasarkan kegiatan pemantauan pertumbuhan tahun 2025 yang dilaporkan melalui e-PPBGM, persentase bayi bawah dua tahun 0-23 bulan (baduta) dengan berat badan sangat kurang sebesar 0,70% dan baduta berat badan kurang sebesar 3,94% dari 59.484 baduta yang diukur BB/U yang disajikan pada gambar 5.37. Kabupaten Sarolangun (7,76%) merupakan kabupaten dengan persentase baduta *underweight* tertinggi, sedangkan kabupaten/kota dengan persentase terendah adalah Kota Sungai Penuh (1,41%).

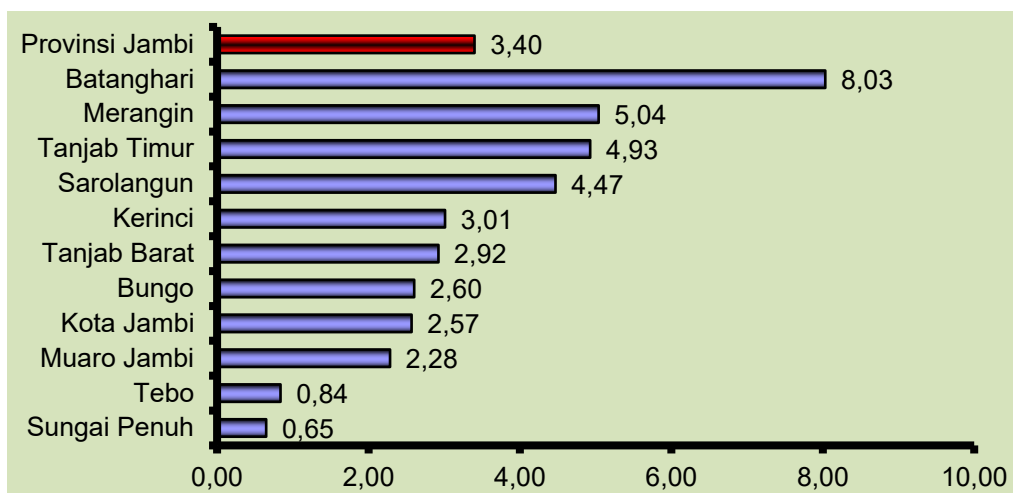
Gambar 5.37
Persentase Berat Badan Sangat Kurang Dan Berat Badan Kurang (*underweight*) Pada Baduta 0-23 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Kekurangan gizi pada balita berdasarkan indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) meliputi kategori sangat pendek dan pendek. Di Provinsi Jambi berdasarkan SSGI tahun 2024, bahwa prevalensi *stunting* (sangat pendek dan pendek) pada balita sebesar 17,1%, angka ini naik 3,6% dibandingkan dari hasil SKI tahun 2023 sebesar 13,5%, namun demikian prevalensi *stunting* pada balita di Provinsi Jambi di bawah angka nasional (19,8%). Sementara berdasarkan data Aplikasi elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPBGM) melalui Surveilans Gizi Tahun 2024, didapatkan balita *stunting* sebesar 3,40% dari 145.793 balita diukur TB/U yang digambarkan pada gambar 5.38. Kabupaten dengan persentase tertinggi adalah Batanghari sebesar 8,03% sedangkan Kota Sungai Penuh dengan persentase *underweight* terendah sebesar 0,65% .

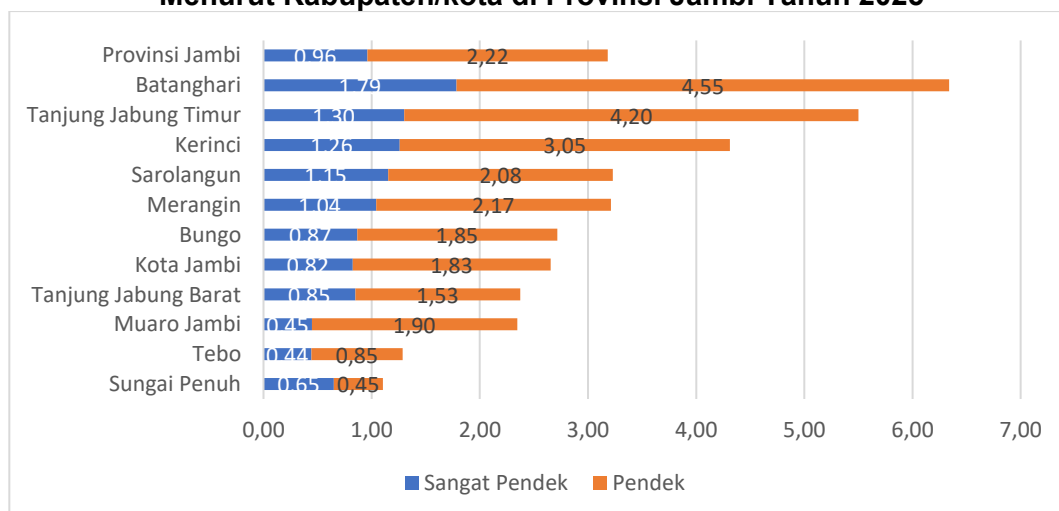
Gambar 5.38
Persentase Stunting Pada Balita 0-59 Bulan
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
 Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Berdasarkan kegiatan pemantauan pertumbuhan tahun 2025 yang dilaporkan melalui e-PPBGM, persentase bayi bawah dua tahun 0-23 bulan (baduta) sangat pendek 0,96% dan pendek 2,22% dari 59.498 baduta yang diukur TB/U yang disajikan pada gambar 5.39. Kabupaten Batanghari (6,34%) merupakan kabupaten dengan persentase baduta *stunting* tertinggi, sedangkan kabupaten/kota dengan persentase terendah adalah Kota Sungai Penuh (1,10%).

Gambar 5.39
Persentase Sangat Pendek Dan Pendek Pada Baduta 0-23 Bulan
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

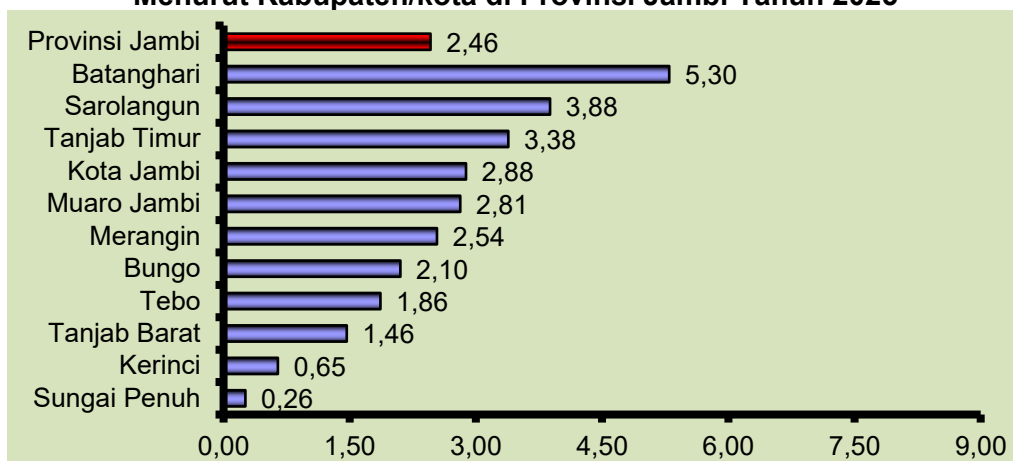


Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
 Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Kekurangan gizi pada balita berdasarkan indeks Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) meliputi kategori gizi buruk dan gizi kurang. Di Provinsi Jambi

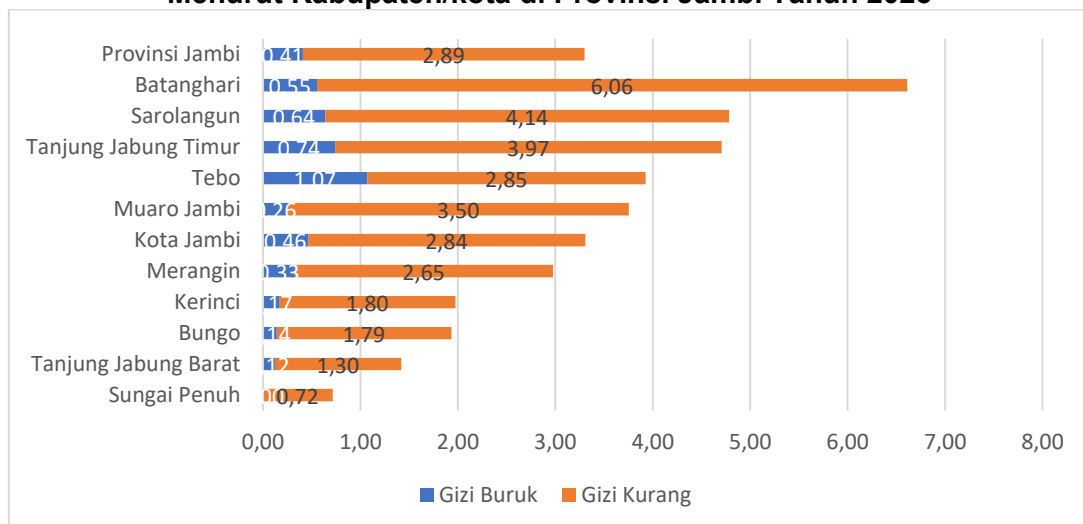
berdasarkan SSGI tahun 2024, bahwa prevalensi *wasting* (gizi buruk dan gizi kurang) pada balita sebesar 8,6%, angka ini naik 2% dibandingkan dari hasil SKI tahun 2023 sebesar 6,6%, dan prevalensi *wasting* pada balita di Provinsi Jambi di atas angka nasional (7,4%). Sementara berdasarkan data Aplikasi elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPBGM) melalui Surveilans Gizi Tahun 2025, didapatkan balita *wasting* sebesar 2,46% dari 145.793 balita diukur BB/TB yang digambarkan pada gambar 5.40. Kabupaten dengan persentase tertinggi adalah Batanghari sebesar 5,30% sedangkan Kota Sungai Penuh dengan persentase *underweight* terendah sebesar 0,26% .

Gambar 5.40
Persentase Wasting Pada Balita 0-59 Bulan
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Gambar 5.41
Persentase Gizi Buruk Dan Gizi Kurang Pada Baduta 0-23 Bulan
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

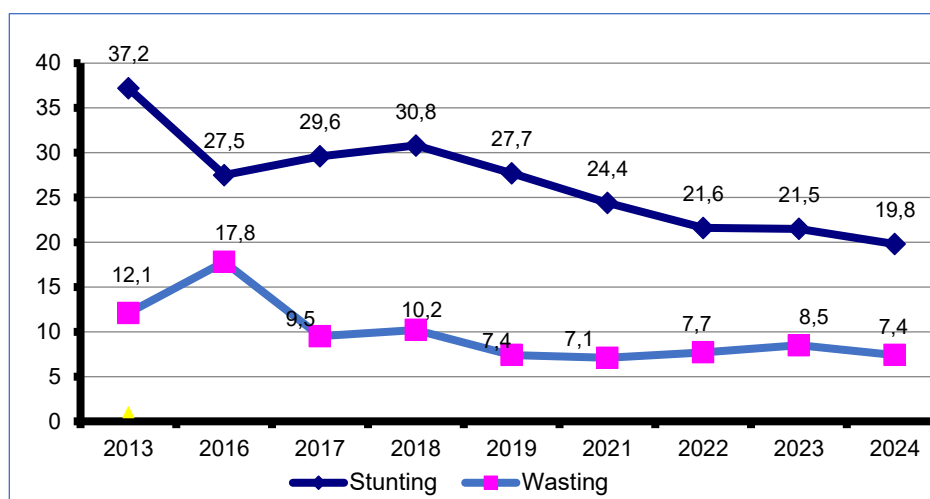


Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Berdasarkan kegiatan pemantauan pertumbuhan tahun 2025 yang dilaporkan melalui e-PPBGM, persentase bayi bawah dua tahun 0-23 bulan (baduta) gizi buruk 0,41% dan gizi kurang 2,89% dari 59.375 baduta yang diukur BB/TB yang disajikan pada gambar 5.41. Kabupaten Batanghari (6,61%) merupakan kabupaten dengan persentase baduta *wasting* tertinggi, sedangkan kabupaten/kota dengan persentase terendah adalah Kota Sungai Penuh (0,72%).

Pada gambar 5.42 terlihat bahwa di Indonesia persentase *stunting* (sangat pendek dan pendek) dan *wasting* (gizi buruk dan gizi kurang) pada balita usia 0-59 bulan sejak 2013 – 2024 cenderung mengalami penurunan. Hal ini tentu menjadi sebuah langkah yang baik dalam upaya mencapai target RPJP (prevalensi stunting 5% di tahun 2045), yang artinya harus mampu mengurangi balita stunting baru sebesar 25% atau 325.000 balita per tahunnya. Tahun 2024 prevalensi stunting turun 1,7% dibandingkan tahun 2023, begitupun prevalensi wasting turun 1,1% dibandingkan tahun 2023.

Gambar 5.42
Prevalensi Sangat Pendek dan Pendek (*Stunting*) Dan
Gizi Buruk dan Gizi Kurang (*Wasting*)
Pada Balita 0-59 Bulan Di Indonesia Tahun 2013-2024

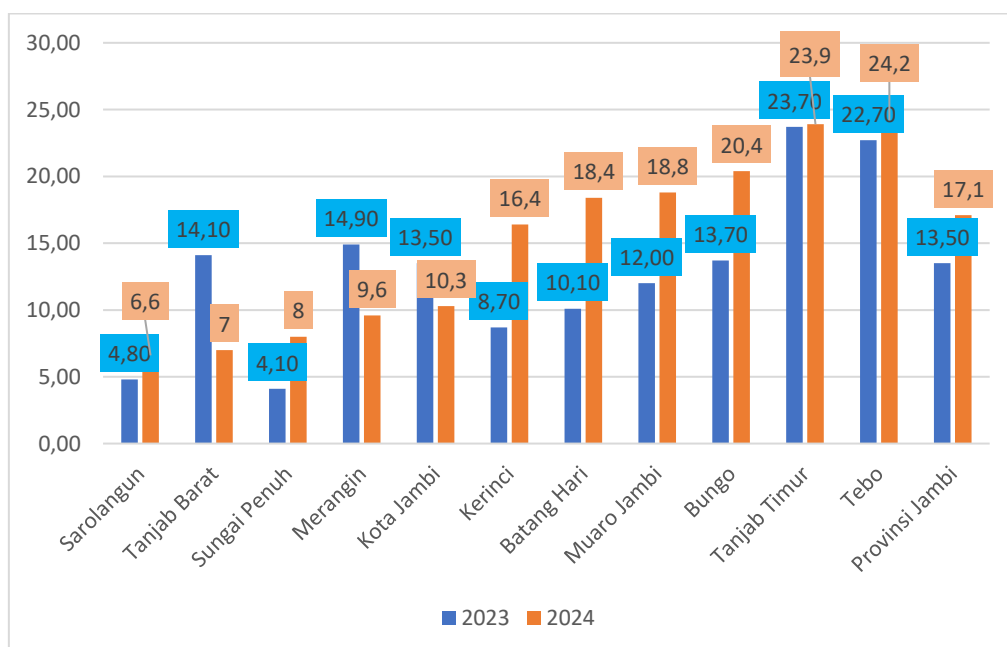


Sumber: Riskesdas (2013), Balitbangkes Kemenkes PSG (tahun 2016-2017), Riskesdas (tahun 2018), SSGI (tahun 2019-2022), SKI (2023), SSGI (2024).

Berdasarkan gambar 5.42 hasil Survey Status Gizi Indonesia (SSGI) oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kemenkes Republik Indonesia tahun 2024, diketahui bahwa prevalensi stunting pada balita Provinsi Jambi sebesar 17,1%, angka ini naik dibandingkan dengan tahun 2023 sebesar 13,1 (SKI tahun 2023), namun angka ini di bawah angka nasional sebesar 19,8% dimana Provinsi Jambi merupakan salah satu diantara 12 provinsi dengan prevalensi stunting di bawah angka nasional (Gambar 5.42), namun demikian sebaran stunting menurut kabupaten/kota,

pada tahun 2024 terdapat 2 (dua) kabupaten/kota di atas angka nasional, yaitu Tanjung Jabung Timur (23,9%) dan Tebo (24,2%). Kabupaten Sarolangun dengan capaian Stunting terendah yaitu 6,6% pada tahun 2024 namun mengalami kenaikan 1,8% dibandingkan tahun 2023.

Gambar 5.43
Prevalensi Sangat Pendek Dan Pendek (TB/U)/ *Stunting* Pada Balita Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2023-2024



Sumber: SSGI (BKPK Kemenkes RI), 2024

D. UPAYA PENCEGAHAN DAN PENANGANAN MASALAH GIZI

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, perlu dilakukan perbaikan gizi perseorangan dan gizi masyarakat dalam upaya penerapan gizi seimbang. Setiap keluarga harus mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya. Adapun upaya yang dilakukan untuk mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi yaitu dengan cara menimbang berat badan secara teratur, memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif), menu makanan yang bervariasi, menggunakan garam beryodium, dan pemberian suplemen gizi sesuai anjuran petugas kesehatan. Suplemen gizi yang diberikan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi, meliputi kapsul vitamin A, tablet tambah darah (TTD), makanan tambahan untuk ibu hamil, anak balita, dan anak usia sekolah, makanan pendamping ASI, dan bubuk multi vitamin dan mineral.

a. Inisiasi Menyusu Dini dan Pemberian ASI Eksklusif

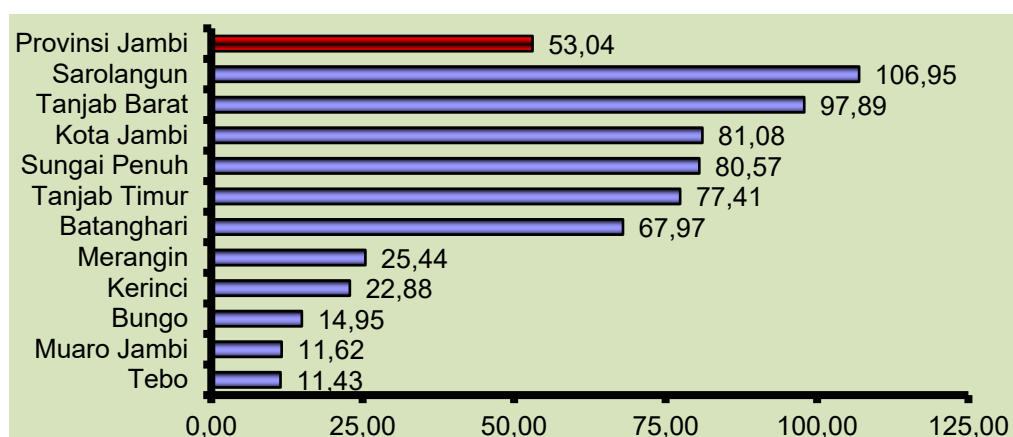
Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan proses menyusui yang dimulai segera setelah lahir dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya dan berlangsung minimal 1 (satu) jam. Beberapa manfaat IMD diantaranya, mengurangi angka kematian bayi, membantu pernafasan dan detak jantung bayi lebih stabil, bayi mendapatkan zat kekebalan tubuh dan zat penting lainnya, dan merangsang pengaliran ASI dari payudara. Inisiasi Menyusu Dini juga akan sangat membantu dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif (ASI saja) dan lama menyusui.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, ASI Eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin, dan mineral).

ASI (Air Susu Ibu) adalah sumber asupan nutrisi bagi bayi baru lahir, yang mana ASI ini bersifat eksklusif sebab pemberiannya berlaku pada bayi berusia 0 bulan sampai 6 bulan. Dalam fase ini harus diperhatikan dengan benar mengenai pemberian dan kualitas ASI, supaya tak mengganggu tahap perkembangan si kecil selama enam bulan pertama semenjak hari pertama lahir (HPL), mengingat periode tersebut merupakan masa periode emas perkembangan anak sampai menginjak usia 2 tahun.

Pada tahun 2025, persentase bayi baru lahir yang mendapat IMD yaitu sebesar 53,04%. Kabupaten dengan persentase tertinggi bayi baru lahir mendapat IMD adalah Sarolangun (106,95%) sedangkan kabupaten dengan persentase terendah adalah Kota Tebo (11,43%) yang disajikan pada gambar 5.44.

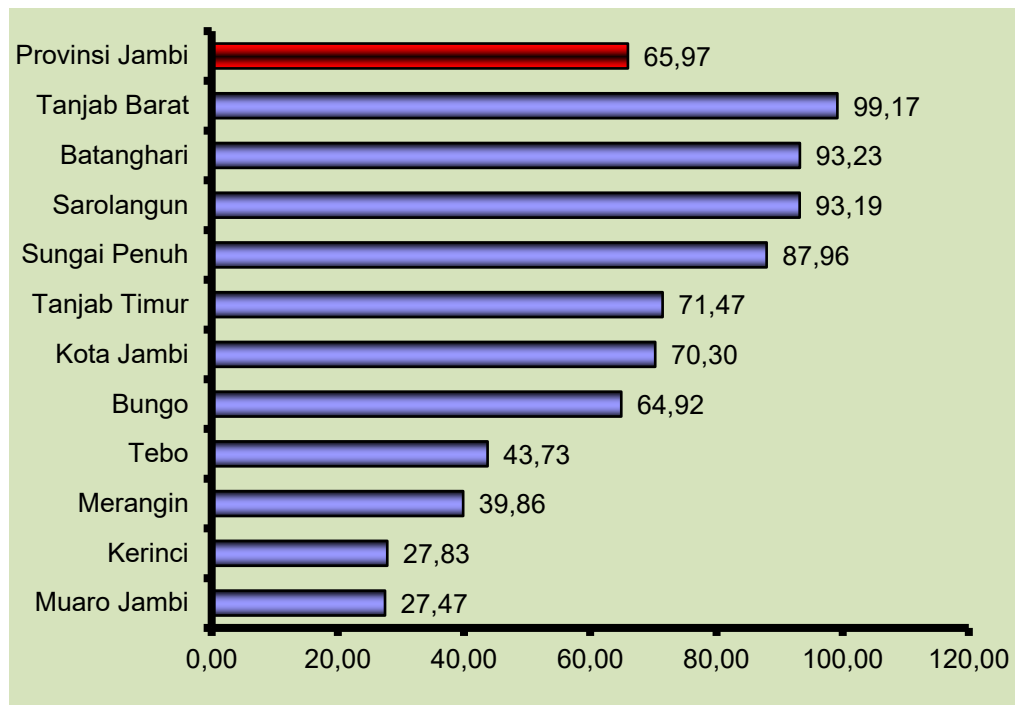
Gambar 5.44
Cakupan Bayi Baru Lahir Mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Untuk cakupan bayi mendapat ASI eksklusif tahun 2025 yaitu sebesar 65,97%. Kabupaten dengan persentase tertinggi bayi mendapat ASI eksklusif adalah Tanjab Barat (99,17%) sedangkan kabupaten dengan persentase terendah adalah Muaro Jambi (27,47%) yang disajikan pada gambar 5.45 dan lampiran tabel 40.

Gambar 5.45
Cakupan Bayi Mendapat Asi Eksklusif
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

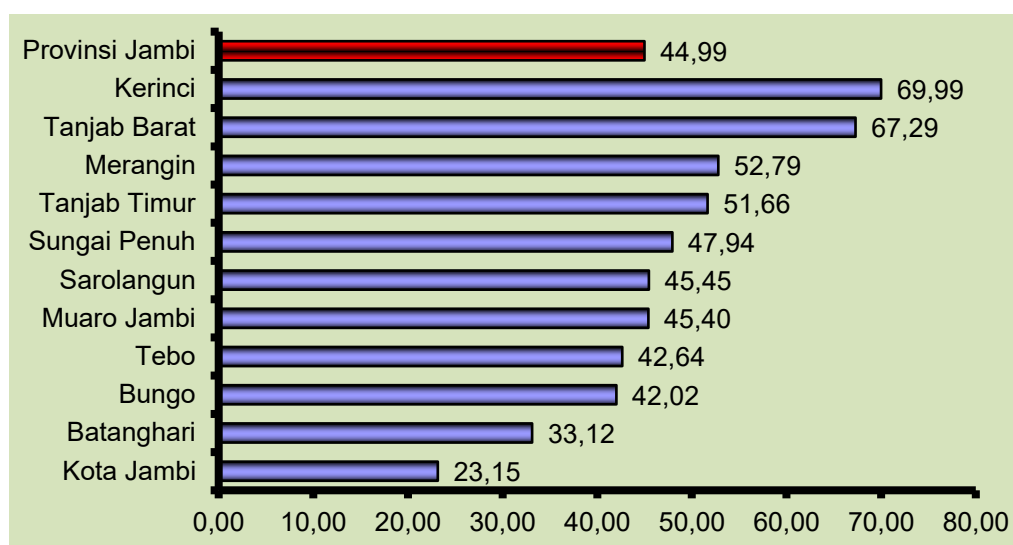
b. Penimbangan Balita

Pemantauan pertumbuhan balita adalah bagian dari kegiatan rutin pemantauan pertumbuhan dan perkembangan pada pelayanan gizi dan kesehatan di puskesmas. Pemantauan pertumbuhan balita juga berfungsi sebagai alat deteksi dini gangguan pertumbuhan pada balita. Salah satu rangkaian kegiatan dalam pemantauan pertumbuhan adalah penimbangan balita. Melalui penimbangan balita tersebut dapat diketahui status gizi balita yang bermasalah sehingga dapat dilakukan intervensi sesuai dengan permasalahannya.

Persentase rata-rata balita yang ditimbang pada tahun 2025 adalah 44,99% anak per bulan. Jumlah ini naik dari tahun 2024 sebesar 41,47% anak per bulan. Persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Kerinci yaitu sebesar 66,99%, sedangkan persentase terendah terdapat di Kota Jambi yaitu sebesar 23,15%. Data lebih lengkap

mengenai rata-rata balita yang ditimbang per bulan dapat dilihat pada gambar 5.46 berikut.

Gambar 5.46
Persentase Rerata Balita Ditimbang Per Bulan
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

c. Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Balita Usia 6–59 Bulan

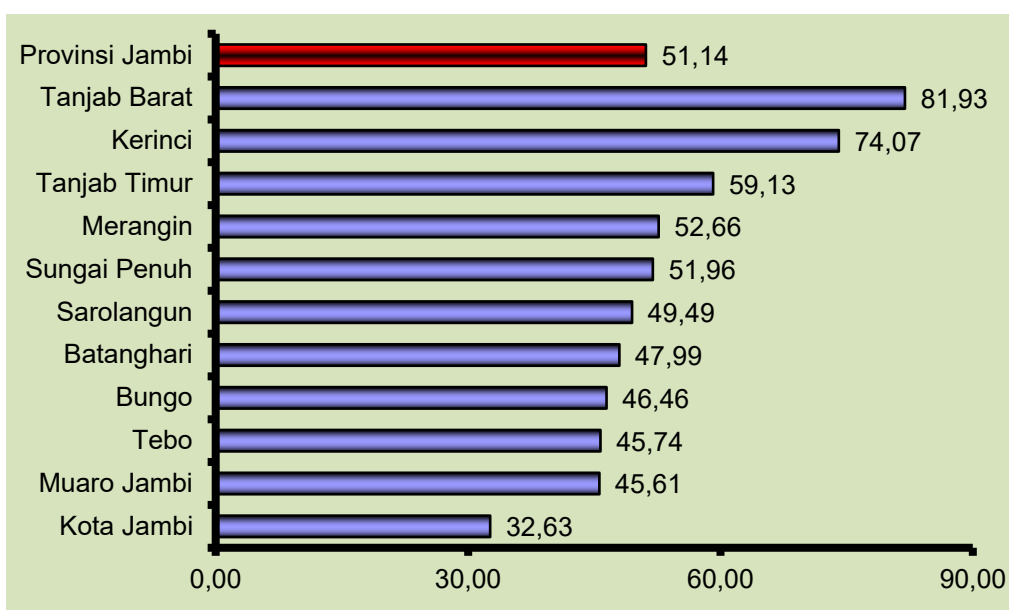
Vitamin A merupakan zat gizi penting yang terlibat dalam pembentukan, produksi, dan pertumbuhan sel darah merah, sel limfosit, antibodi juga integritas sel epitel pelapis tubuh. Adapun vitamin A juga bisa mencegah rabun senja, xeroftalmia, kerusakan kornea dan kebutaan serta mencegah anemia pada ibu nifas. Sedangkan apabila anak kekurangan vitamin A, maka anak bisa menjadi rentan terserang penyakit infeksi seperti infeksi saluran pernafasan atas, campak, dan diare.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A bagi Bayi, Anak Balita, dan Ibu Nifas, kapsul vitamin A merupakan kapsul lunak dengan ujung (*nipple*) yang dapat digunting, tidak transparan (*opaque*), dan mudah untuk dikonsumsi, termasuk dapat masuk ke dalam mulut balita. Kapsul vitamin A bagi bayi usia 6–11 bulan berwarna biru dan mengandung retinol (*palmitat/asetat*) 100.000 IU, sedangkan kapsul vitamin A anak balita usia 12-59 bulan dan ibu nifas berwarna merah dan mengandung retinol (*palmitat/asetat*) 200.000 IU.

Sesuai dengan Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A waktu pemberian kapsul vitamin A pada bayi dan anak balita dilaksanakan serentak setiap bulan Februari

dan Agustus. Frekuensi pemberian vitamin A pada bayi 6-11 bulan adalah 1 kali sedangkan pada anak balita 12-59 bulan sebanyak 2 kali.

Gambar 5.47
Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A Pada Balita (6-59 Bulan)
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Cakupan pemberian vitamin A pada balita (6-59 bulan) tahun 2025 yaitu sebesar 51,14%. Kabupaten dengan persentase tertinggi cakupan pemberian vitamin A adalah Kabupaten Tanjab Barat (81,93%), sedangkan kabupaten/kota dengan persentase terendah adalah Kota Jambi (32,63%).

d. Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri

Anemia merupakan salah satu masalah kesehatan yang dapat terjadi pada semua kelompok umur mulai dari balita sampai usia lanjut. Remaja putri (rematri) rentan menderita anemia dikarenakan siklus menstruasi setiap bulan. Anemia dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh dan produktivitas. Anemia yang terjadi pada rematri juga dapat berisiko pada saat hamil dan akan berdampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan serta berpotensi menimbulkan komplikasi kehamilan dan persalinan, bahkan menyebabkan kematian ibu dan anak.

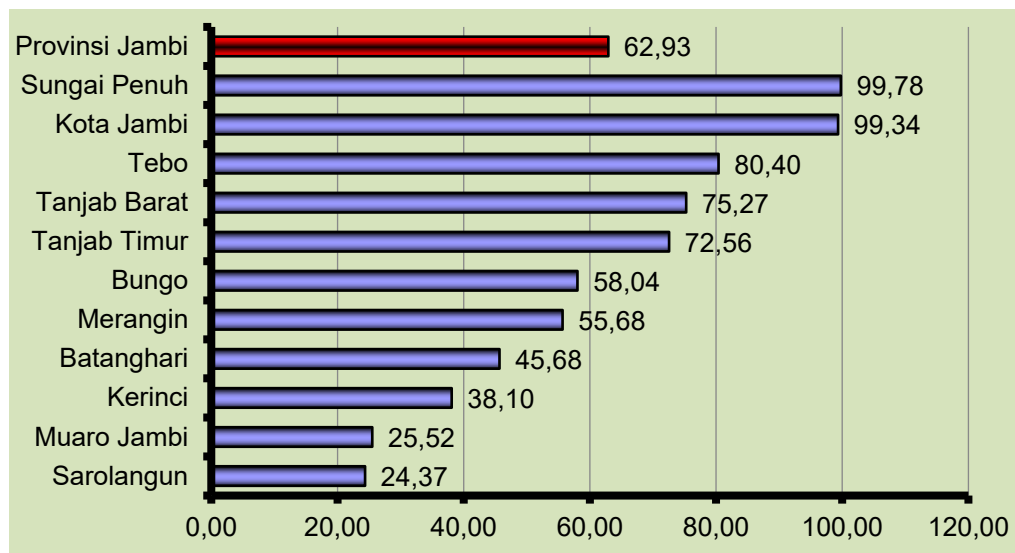
Penanganan dan pencegahan anemia dapat dilakukan dengan mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin dan mineral yang menunjang pembentukan sel darah merah sebagai pencegahan, fortifikasi bahan makanan dengan zat besi, dan suplementasi zat besi. Konsumsi makanan beraneka ragam dan kaya akan zat besi,

folat, vitamin B12, dan vitamin C seperti yang terdapat pada hati, daging, kacang-kacangan, sayuran berwarna hijau gelap, buah-buahan, dsb. Namun tidak semua masyarakat dapat mengonsumsi makanan tersebut, sehingga diperlukan asupan zat besi tambahan yang diperoleh dari tablet tambah darah (TTD).

Sesuai dengan Surat Edaran Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan Nomor HK.03.03/V/0595/2016 tentang Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur, pemberian TTD pada remaja putri dilakukan melalui UKS/M di institusi Pendidikan (SMP dan SMA atau yang sederajat) dengan menentukan hari minum TTD bersama. Dosis yang diberikan adalah satu tablet setiap minggu selama sepanjang tahun.

Tahun 2025, cakupan remaja putri yang mengonsumsi TTD sebesar 62,93%, capaian ini mendekati target Kemenkes tahun 2025 sebesar 65%. Cakupan remaja putri yang mengonsumsi TTD tertinggi di Kota Sungai Penuh sebesar 99,78%, sedangkan Kabupaten Sarolangun dengan capaian terendah sebesar 24,37%. Data dan informasi lengkap disajikan pada gambar 5.48 berikut dan lampiran tabel 28.

Gambar 5.48
Cakupan Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Pada Remaja Putri Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

e. Pemberian Makanan Tambahan pada Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang

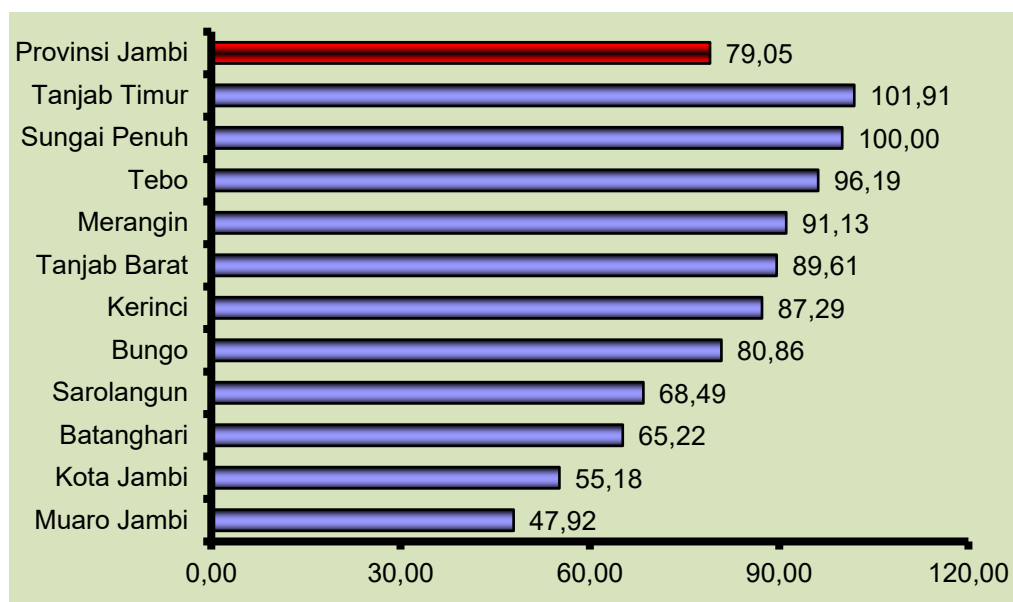
Ibu hamil dengan masalah gizi dan kesehatan berdampak terhadap kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi serta kualitas bayi yang dilahirkan. Kondisi ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) berisiko menurunkan kekuatan otot yang membantu proses

persalinan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya partus lama dan perdarahan pasca salin, bahkan kematian ibu. Risiko pada bayi dapat mengakibatkan terjadi kematian janin (keguguran), prematur, lahir cacat, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) bahkan kematian bayi.

Salah satu upaya yang dilakukan pada ibu hamil KEK berupa Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang bertujuan untuk mencukupi kebutuhan gizi ibu selama masa kehamilan. PMT bukan berarti mengganti asupan dari makanan utama, tetapi menambah asupan kebutuhan gizi.

Cakupan ibu hamil KEK mengonsumsi makanan tambahan pada tahun 2025 adalah 79,05% (3.023 bumil KEK mengonsumsi MT dari 3.824 bumil KEK). Kabupaten Tanjab Timur dengan cakupan tertinggi sebesar 101,91%. Sedangkan kabupaten/kota dengan capaian terendah adalah Muaro Jambi sebesar 47,92%.

Gambar 5.49
Cakupan Ibu Hamil KEK Mengonsumsi Makanan Tambahan (MT)
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



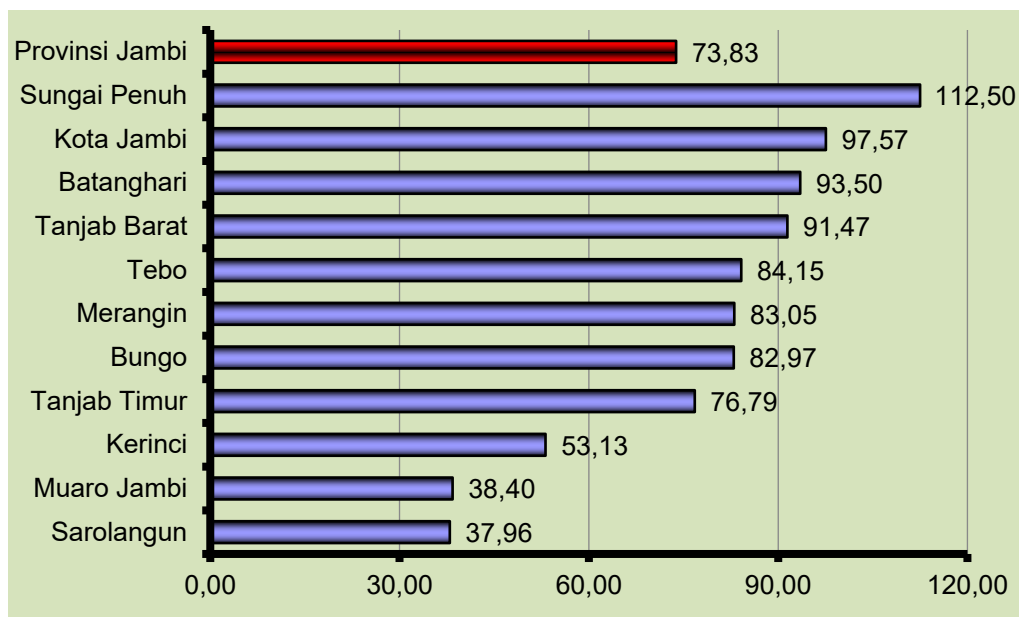
Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2023

Selain pada Ibu Hamil KEK, PMT juga dilakukan pada balita gizi kurang yang termasuk dalam kelompok rawan gizi yang membutuhkan suplementasi gizi. Pemberian makanan tambahan diberikan pada balita usia 6 bulan ke atas selama 90 hari berturut-turut dengan status gizi kurang. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dapat diberikan berupa makanan tambahan lokal maupun pabrikan seperti biskuit. Bila status gizi anak membaik (dinilai dari kenaikan berat badan dan nilai z-score berat badan menurut tinggi

badan telah mencapai minus 2 standar deviasi (-2 SD) atau lebih atau sesuai dengan perhitungan, maka makanan tambahan balita gizi kurang dihentikan. Selanjutnya balita tersebut dapat mengkonsumsi makanan keluarga yang memenuhi gizi seimbang serta dilakukan pemantauan berat badan secara rutin agar status gizi balita tidak kembali menjadi gizi kurang.

Jumlah balita gizi kurang mendapat makanan tambahan tahun 2025 sebanyak 3.764 balita (73,83%) dari 5.098 balita gizi kurang. Kota Sungai Penuh dengan persentase cakupan tertinggi PMT balita gizi kurang, sedangkan Kabupaten Sarolangun dengan cakupan terendah PMT balita gizi kurang sebagaimana disajikan pada gambar 5.50 berikut.

Gambar 5.50
Cakupan Balita Gizi Kurang Mendapat Makanan Tambahan
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Keluarga Gizi dan Masyarakat
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

BAB 6

PENGENDALIAN PENYAKIT

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

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

A. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

1. Tuberkulosis

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

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman tersebut menyebar dari penderita TBC melalui udara. Kuman TBC ini biasanya menyerang organ paru bisa juga di luar paru (*extra paru*). Hampir seperempat penduduk dunia terinfeksi dengan kuman *Mycobacterium tuberculosis*, sekitar 89% TBC diderita oleh orang dewasa, dan 11% diderita oleh anak-anak. Sampai saat ini, TBC masih merupakan penyebab kematian tertinggi setelah HIV/AIDS, dan merupakan salah satu dari 20 penyebab utama kematian di seluruh dunia. Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan penderita TBC tertinggi di dunia setelah India dengan proporsi kasus sebesar 10% dibandingkan seluruh kasus di dunia. Secara global, diperkirakan 8,2 juta orang menderita TBC pada tahun 2023. (*WHO, Global Tuberculosis Report, 2024*).

Jumlah kematian akibat Tuberkulosis pada tahun 2024 sebesar 326, hal ini mengalami peningkatan jika dibandingkan tahun 2023 yaitu sebesar 265.

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

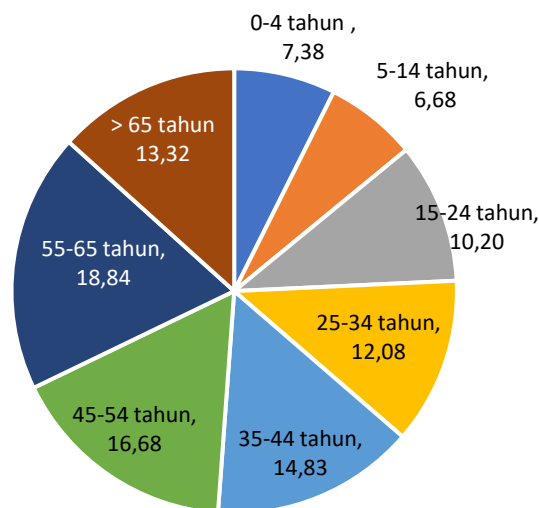
a. Kasus Tuberkulosis Ditemukan

Pada tahun 2025 jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan sebanyak 8.101 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan

pada tahun 2024 yaitu sebesar 7.708 kasus. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan dari kabupaten dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Kota Jambi yang menyumbang 18,55% (2.290 kasus) dari jumlah seluruh kasus tuberkulosis di Provinsi Jambi

Jika dibandingkan dari jenis kelamin, jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan baik secara provinsi maupun kabupaten. Jumlah kasus pada laki-laki sebesar 59,87% dan 40,13% pada perempuan.

Gambar 6.1
Proporsi Kasus Tuberkulosis Menurut Kelompok Umur
di Provinsi Jambi Tahun 2025



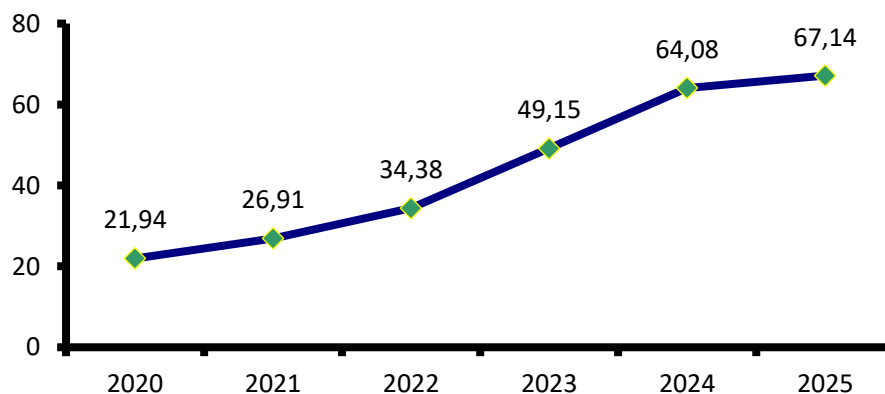
Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Gambar 6.1 menunjukkan bahwa pada tahun 2025 kasus TBC terbanyak ditemukan pada kelompok umur 55 – 65 tahun dan kelompok umur 45 – 54 tahun yaitu masing-masing sebesar 18,84% dan 16,68%, diikuti dan 35 – 44 tahun sebesar 14,83%.

b. Cakupan Penemuan dan Pengobatan Kasus Tuberkulosis (*Treatment Coverage/TC*)

Treatment Coverage (TC) adalah jumlah kasus TBC yang diobati dan dilaporkan pada tahun tertentu dibagi dengan perkiraan jumlah insiden kasus TBC pada tahun yang sama dan dinyatakan dalam persentase. TC menggambarkan seberapa banyak kasus tuberkulosis yang terjangkau oleh program.

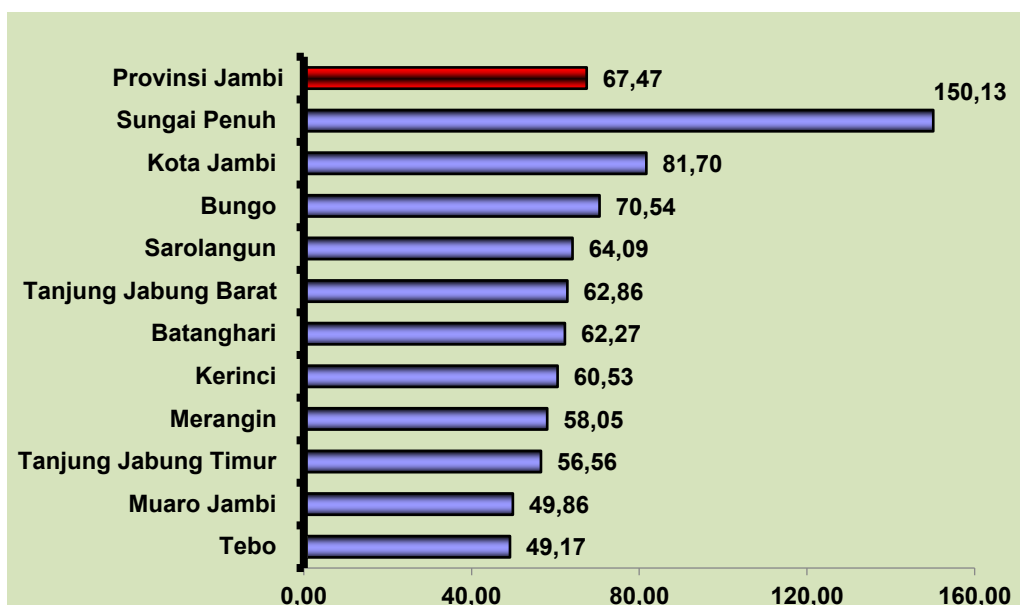
Gambar 6.2
Treatment Coverage (TC) di Provinsi Jambi Tahun 2020-2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Gambar 6.2. menunjukkan bahwa TC kasus tuberkulosis pada tahun 2025 sebesar 67,14%, TC meningkat sejak tahun 2020. TC pada tahun 2025 belum mencapai target TC yang diharapkan yaitu sebesar 90%.

Gambar 6.3
Persentase Treatment Coverage (TC)
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



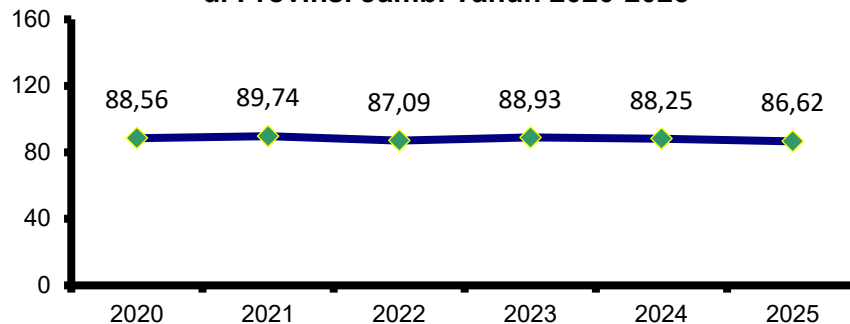
Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Gambar 6.3 menunjukan bahwa hanya Kota Sungai Penuh yang mencapai target TC sebesar 90% dengan capaian sebesar 150,13%, sedangkan capaian TC terendah Kabupaten Tebo sebesar 49,17%.

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

Angka keberhasilan pengobatan (*Treatment Success Rate*) merupakan indikator yang digunakan untuk mengevaluasi pengobatan tuberkulosis. Angka keberhasilan pengobatan yaitu jumlah semua kasus tuberkulosis yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan.

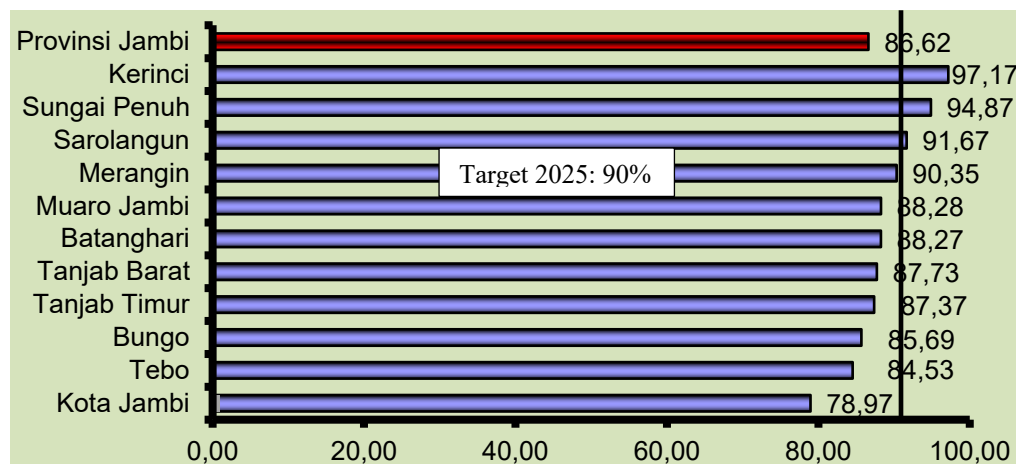
Gambar 6.4
Angka Keberhasilan Pengobatan Pasien Tuberkulosis
di Provinsi Jambi Tahun 2020-2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Jika merujuk pada target yang ditetapkan untuk indikator ini pada tahun 2025 yaitu sebesar 90%, maka angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis belum mencapai target (86,62%).

Gambar 6.5
Angka Keberhasilan Pengobatan Pasien Tuberkulosis
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis menurut kabupaten/kota, kabupaten yang mencapai angka keberhasilan pengobatan semua kasus tuberkulosis

minimal 90% pada tahun 2025 sebanyak 4 kabupaten, yaitu Kerinci (97,17%), Sungai Penuh (94,87%), Sarolangun (91,67%), dan Merangin (90,35%) yang disajikan pada gambar 6.5.

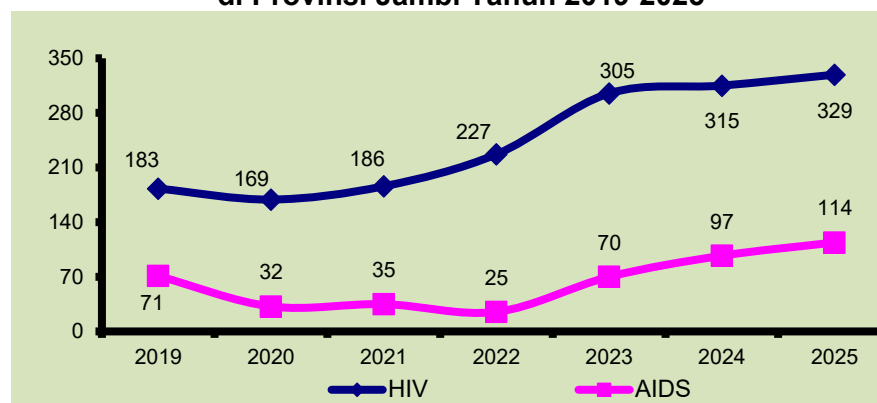
2. HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan kekebalan sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. Orang yang terinfeksi HIV memerlukan pengobatan *Antiretroviral* (ARV) untuk menekan jumlah virus HIV di dalam tubuh. Virus yang tertekan (tersupresi) tidak berpotensi menular kepada orang lain, dan orang dengan HIV akan memiliki kualitas hidup yang baik. Penemuan kasus pada stadium awal dan segera mendapatkan pengobatan ARV, membuat seseorang tidak jatuh pada HIV stadium lanjut (AIDS). Pada HIV stadium lanjut (AIDS) terjadi potensi masuknya infeksi-infeksi lainnya yang dikenal dengan infeksi *oportunistik*. Program pengendalian HIV di Indonesia bertujuan untuk:

1. Menurunkan hingga meniadakan infeksi baru;
2. Menurunkan hingga meniadakan kematian terkait AIDS;
3. Menurunkan stigma dan diskriminasi.

Jumlah estimasi orang dengan risiko terinfeksi HIV pada tahun 2025 sebanyak 79.175 orang dengan jumlah infeksi baru sebanyak 329 orang.

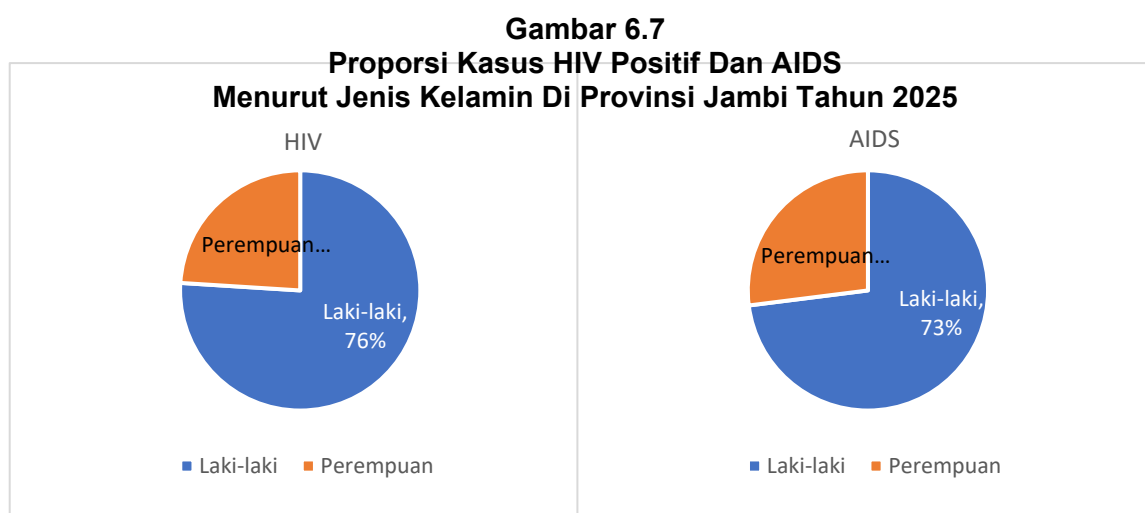
Gambar 6.6
Jumlah Kasus HIV Positif Dan AIDS Yang Dilaporkan di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

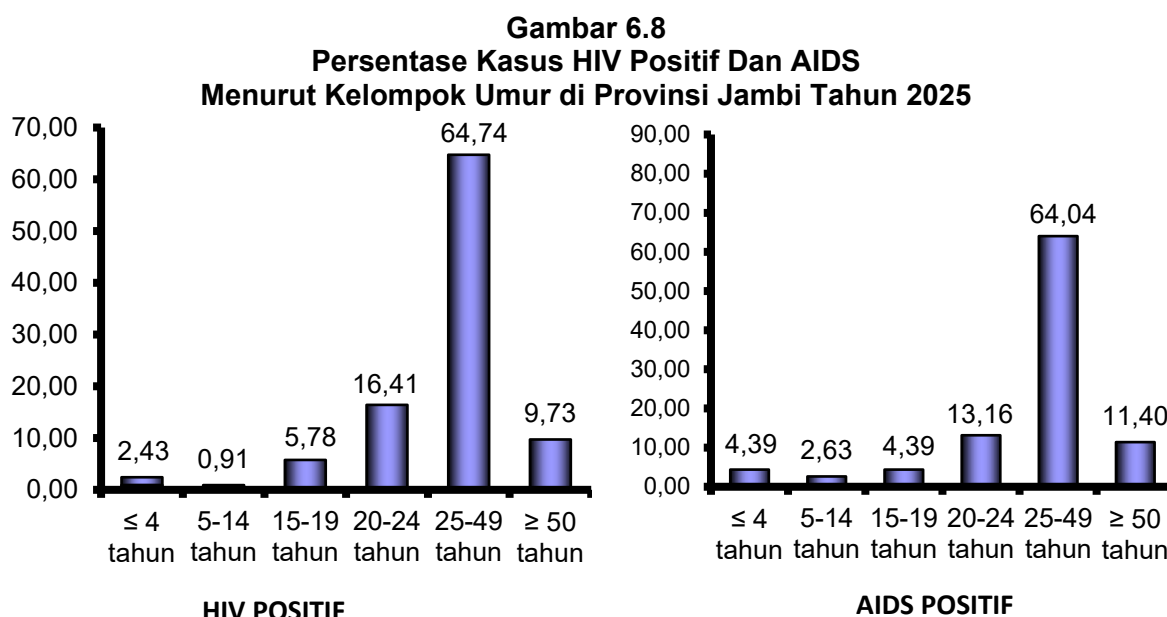
Dari Gambar 6.8 terlihat jumlah kasus HIV positif yang dilaporkan dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Sedangkan jumlah kasus baru AIDS cenderung menurun pada tahun 2019-2022, dan mengalami peningkatan pada tahun 2023-2025.

Pada HIV dan AIDS, proporsi kasus kelompok laki-laki tiga kali lipat dibandingkan pada kelompok perempuan seperti digambarkan pada Gambar 6.7 berikut ini.



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Persentase kasus HIV positif dan AIDS tahun 2025 menurut kelompok umur seperti digambarkan pada Gambar 6.8 berikut ini.



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

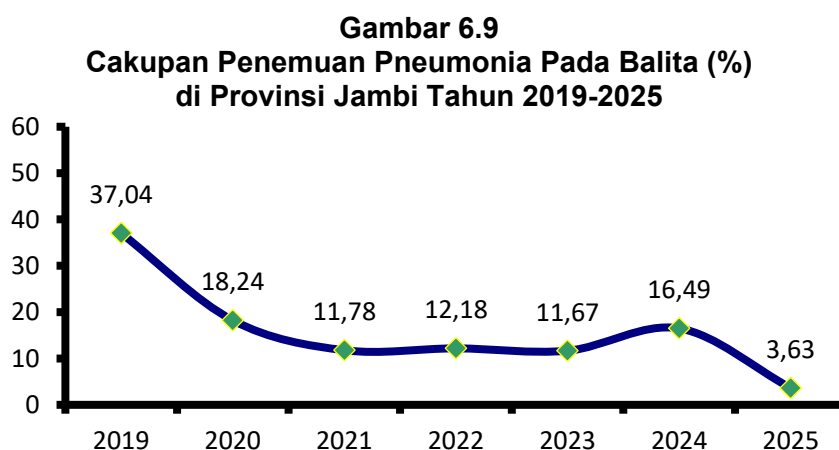
Sebagian besar sebaran kasus HIV dan AIDS terdapat pada kelompok umur produktif 20-49 tahun. Sementara itu masih ditemukan kasus HIV pada kelompok usia di bawah 4 tahun yang menunjukkan penularan HIV dari ibu ke anak. Dalam rangka mencapai tujuan nasional dan global *triple elimination* (eliminasi HIV, hepatitis B, dan sifilis) pada bayi, penularan HIV dari ibu ke anak diharapkan akan terus menurun di tahun selanjutnya.

3. Pneumonia

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (*alveoli*) yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti virus, jamur, dan bakteri. Sampai saat ini program dalam pengendalian pneumonia lebih diprioritaskan pada pengendalian pneumonia balita. Pneumonia pada balita ditandai dengan batuk dan atau tanda kesulitan bernapas yaitu adanya nafas cepat, kadang disertai tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (TDDK), dengan batasan napas cepat berdasarkan usia penderita:

- < 2 bulan : ≤ 60 /menit,
- 2 - < 12 bulan : ≤ 50 /menit,
- 1 - < 5 tahun : ≤ 40 /menit.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. Berikut cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita tahun 2019-2025 dapat dilihat pada gambar berikut.



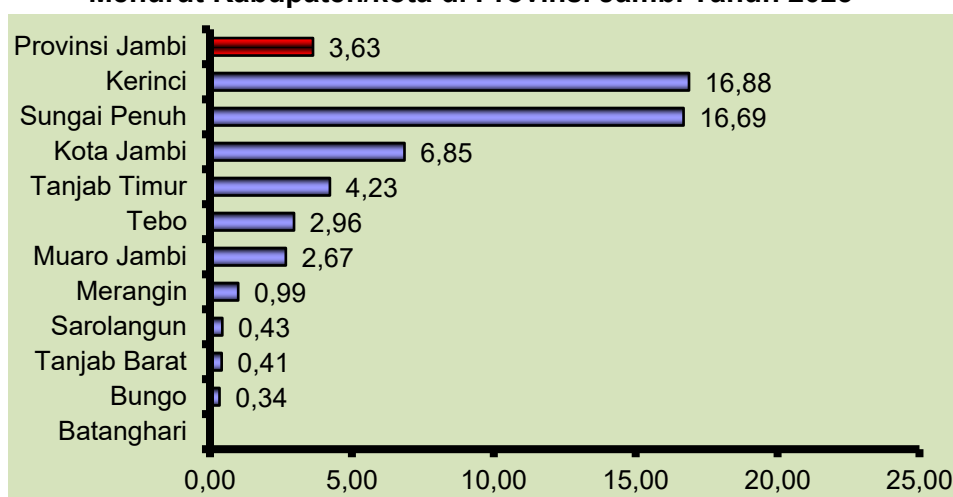
Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Cakupan penemuan pneumonia pada balita cenderung menurun, walau terlihat sedikit kenaikan pada tahun 2024. Cakupan tertinggi pada tahun 2019 yaitu sebesar

37,04%. Pada tahun 2018-2019 adanya perubahan angka perkiraan kasus dari 10% menjadi 3,55%, hal ini menyebabkan pada tahun tersebut cakupannya tinggi. Penurunan yang cukup signifikan terlihat ditahun 2020-2021 jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, penurunan ini di sebabkan dampak dari pandemi COVID-19, dimana adanya stigma pada penderita COVID-19 yang berpengaruh pada penurunan jumlah kunjungan balita batuk atau kesulitan bernapas di puskesmas.

Pada tahun 2019 jumlah kunjungan balita batuk atau kesulitan bernapas sebesar 157.708 kunjungan, pada tahun 2020 menjadi 95.707 kunjungan, terjadi penurunan hampir 40% dari kunjungan tahun 2019, dan tahun 2021 menurun kembali menjadi 88.882 yang tidak selisih jauh dengan tahun 2022 menjadi 88.838, dan mengalami kenaikan kunjungan menjadi 91.123 pada tahun 2023, sedangkan tahun 2024 sebesar 80.013 kunjungan yang pada akhirnya berdampak pada penemuan pneumonia balita. Dan pada tahun 2025 sebesar 60.137 kunjungan yang pada akhirnya berdampak pada penemuan pneumonia balita.

Gambar 6.10
Cakupan Penemuan Pneumonia Pada Balita (%)
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Pada tahun 2025 cakupan pneumonia pada balita sebesar 3,63%. Kabupaten dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita tertinggi berada di Kerinci (16,88) dan Batanghari dengan cakupan terendah (0%).

4. Hepatitis

Hepatitis merupakan peradangan hati yang dapat berkembang menjadi fibrosis, sirosis atau kanker hati. Hepatitis disebabkan oleh berbagai faktor, seperti

infeksi virus, zat beracun, dan penyakit autoimun. Penyebab paling umum Hepatitis adalah infeksi Virus Hepatitis A, B, C, D dan E. Untuk Hepatitis A dan Hepatitis E, besaran masalah tidak diketahui dengan pasti. Namun mengingat kondisi sanitasi lingkungan, higiene dan sanitasi pangan, serta perilaku hidup bersih dan sehat yang belum optimal, maka masyarakat Indonesia merupakan kelompok berisiko untuk tertular Hepatitis A dan Hepatitis E. Laporan yang diterima oleh Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa setiap tahun selalu terjadi KLB Hepatitis A, sedangkan untuk Hepatitis E jarang dilaporkan di Indonesia. Hasil RISKESDAS tahun 2018 memperlihatkan prevalensi hepatitis berdasarkan riwayat diagnosis dokter sebesar 0,39% dengan disparitas antar provinsi sebesar 0,18% (Kep. Bangka Belitung) dan 0,66% (Papua). Berdasarkan kelompok umur, hepatitis menyebar hampir merata pada seluruh kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan tempat tinggal.

Program Nasional dalam Pencegahan dan Pengendalian Virus Hepatitis B saat ini fokus pada pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA) karena 95% anak berisiko tertular Hepatitis B kronik dari ibunya yang Positif Hepatitis B. Pelaksanaan Deteksi dini Hepatitis B (DDHB) pada kelompok berisiko/ibu hamil telah dilakukan sejak tahun 2013 dengan uji coba di satu provinsi yaitu DKI Jakarta pada 5000 ibu hamil, pelaksanaan terus diperluas secara bertahap hingga pada tahun 2017 kegiatan ini telah dilaksanakan di 34 provinsi (173 Kab/kota), dan di tahun yang sama juga program DDHB berkolaborasi dan berinteraksi dalam pelayanan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) HIV, Sifilis dan Hepatitis B.

Capaian Indikator kabupaten/kota yang melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB) di Provinsi Jambi tujuh tahun terakhir (2018-2024). Pada tahun 2018 terdapat 9 kabupaten yang melaksanakan DDHB (81,82%), sementara target 60%, artinya bahwa tahun 2018 telah mencapai target. Tahun 2019-2024 semua kabupaten telah melaksanakan DDHB, dimana target tahun 2019 sebesar 80%, target 2020 sebesar 85%, target 2021 sebesar 90%, tahun 2022 dan 2023 sebesar 95% serta tahun 2024 sebesar 100%. Artinya bahwa tahun 2019-2024 capaian DDHB di Provinsi Jambi 100%. Provinsi Jambi pada tujuh tahun terakhir (2018-2024) telah mencapai target dalam melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB).

Upaya pencegahan penularan Hepatitis B dari ibu ke anak telah dilaksanakan di Provinsi Jambi dengan melakukan Deteksi Dini Hepatitis B pada ibu hamil. Pada tahun 2025 pelaksanaan deteksi dini Hepatitis B pada ibu hamil di Provinsi Jambi baru mencapai 60,18% dari target 100% ibu hamil yang dapat dilihat pada lampiran tabel 65.

5. Diare

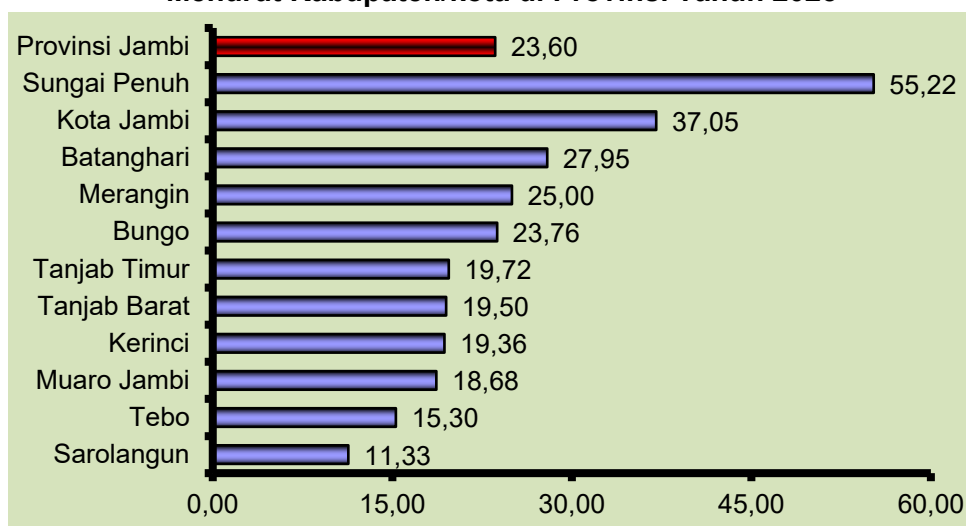
Penyakit Diare merupakan penyakit endemis yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan masih menjadi penyumbang angka kematian di Indonesia terutama pada balita.

Berdasarkan Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2024, prevalensi diare di Indonesia pada balita sebesar 5,8%. Angka ini turun dibandingkan dengan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 sebesar 7,4%. Sementara di Provinsi Jambi prevalensi diare pada balita sebesar 2,6% (SSGI, 2024), angka ini turun dibandingkan dengan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 sebesar 4,4%.

a. Cakupan Pelayanan Penderita Diare

Sasaran pelayanan penderita diare pada balita yang datang ke sarana kesehatan ditargetkan oleh program sebesar 20% dari perkiraan jumlah penderita diare pada balita. Sedangkan sasaran pelayanan penderita diare pada semua umur ditargetkan sebesar 10% dari perkiraan jumlah penderita diare semua umur.

Gambar 6.11
Cakupan Pelayanan Penderita Diare Balita (%)
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Tahun 2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Pada tahun 2025 cakupan pelayanan penderita diare pada semua umur sebesar 31,29% dan pada balita sebesar 23,60% dari sasaran yang ditetapkan. Disparitas antar kabupaten untuk cakupan pelayanan penderita diare semua umur adalah antara 19,73% (Sarolangun) dan Kota Sungai Penuh (66%). Sedangkan disparitas antar kabupaten untuk cakupan pelayanan penderita diare balita adalah

antara 11,33% (sarolangun) dan Kota Sungai Penuh (55,22%) yang dapat dilihat pada lampiran tabel 64.

b. Penggunaan Oralit dan Zinc

LINTAS DIARE (Lima Langkah Tuntaskan Diare) menganjurkan bahwa semua penderita diare harus mendapatkan oralit maka target penggunaan oralit adalah 100% dari semua kasus diare yang mendapatkan pelayanan di puskesmas. Tahun 2025 penggunaan oralit pada semua umur maupun balita masih di bawah 100%, pada semua umur 92,07% dan pada balita 85,24%.

Tidak tercapainya target tersebut disebabkan pemberi layanan di Puskesmas belum memberikan oralit sesuai standar tata laksana yaitu sebanyak 6 bungkus/penderita diare. Selain itu, masyarakat masih belum mengetahui tentang manfaat oralit sebagai cairan yang harus diberikan pada setiap penderita diare untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

Selain oralit, balita juga diberikan zinc yang merupakan mikronutrien yang berfungsi untuk mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja serta mencegah terjadinya diare berulang diare pada tiga bulan berikutnya. Penggunaan zinc selama 10 hari berturut-turut pada saat balita diare merupakan terapi diare balita. Pada tahun 2025 cakupan pemberian zinc pada balita diare sebesar 85,24%.

6. Kusta

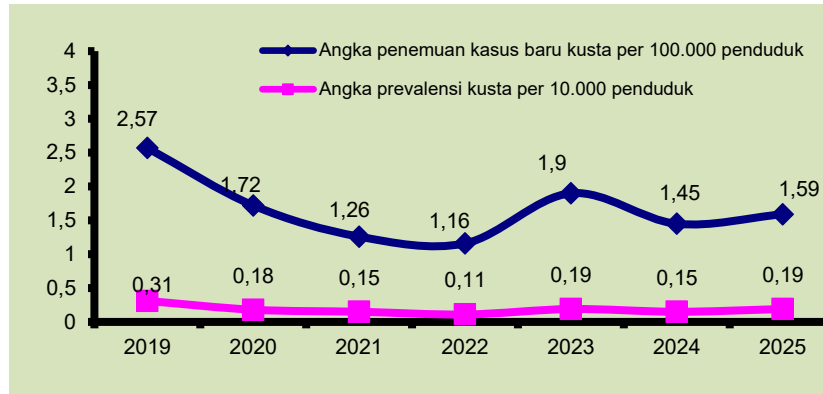
Kusta merupakan penyakit menular yang disebabkan bakteri , *Mycobacterium leprae*. Penyakit kusta bersifat kronis, menyerang kulit, saraf tepi dan organ tubuh lain kecuali saraf pusat. Penatalaksanaan kusta yang buruk dapat mengakibatkan kecacatan, pada mata, tangan, dan kaki.

a. Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru

Sejak tahun 2000 Indonesia dinyatakan telah mencapai status eliminasi kusta dengan angka prevalensi kusta tingkat nasional sebesar 0,9 per 10.000 penduduk. Angka prevalensi kusta di Provinsi Jambi pada tahun 2024 sebesar 0,15 kasus per 10.000 penduduk dan angka penemuan kasus baru sebesar 1,45 kasus per 100.000 penduduk. Tren Angka kejadian dapat dilihat pada Gambar 6.14. Selama tujuh tahun terakhir terlihat rasio prevalensi angka penemuan kasus kusta baru tren relatif menurun dan sedikit naik pada tahun 2024.

Pada tahun 2025 dilaporkan terdapat 60 kasus baru kusta yang 87% di antaranya merupakan kusta tipe Multi Basiler (MB).

Gambar 6.12
Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru Kusta (NCDR)
Tahun 2019-2025



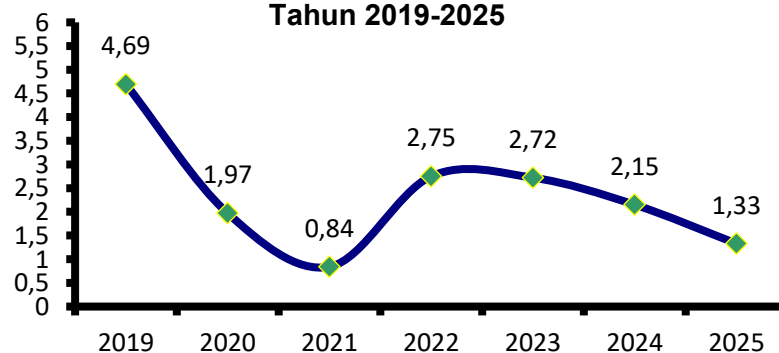
Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Provinsi Jambi telah eliminasi dengan prevalensi sebesar 0,19 per 10.000 penduduk (angka prevalensi <1 per 10.000 penduduk).

b. Angka cacat tingkat 2

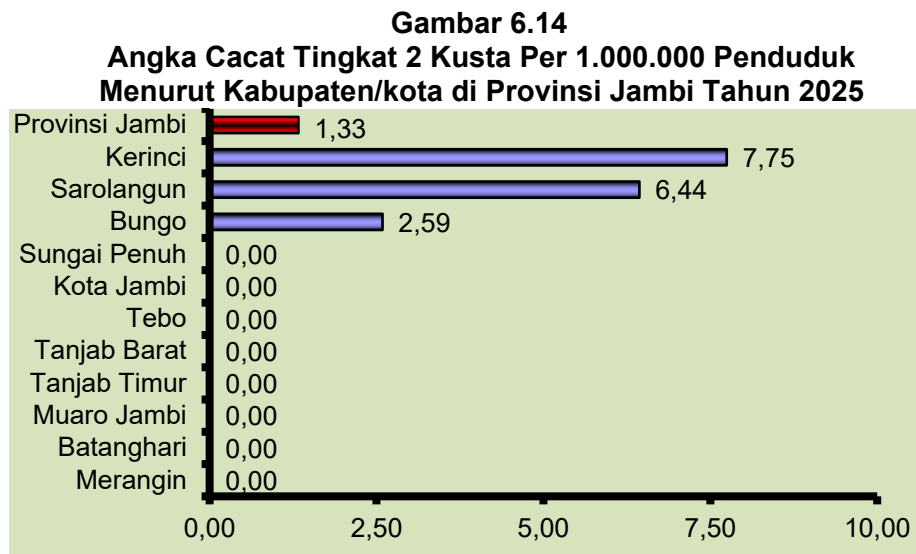
Peningkatan deteksi kasus sejak dini diperlukan dalam pengendalian kasus kusta. Salah satu indikator yang digunakan untuk menunjukkan keberhasilan dalam mendeteksi kasus baru kusta secara dini adalah angka cacat tingkat 2. Pada tahun 2025 angka cacat tingkat 2 sebesar 1,33 per 1.000.000 penduduk, angka ini cenderung menurun jika dilihat tren pada tujuh tahun terakhir. Hal tersebut menggambarkan kegiatan penemuan kasus semakin ke arah dini dan kecacatan dapat dicegah.

Gambar 6.13
Angka Cacat Tingkat 2 Penderita Kusta Baru Per 1.000.000 Penduduk
Tahun 2019-2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

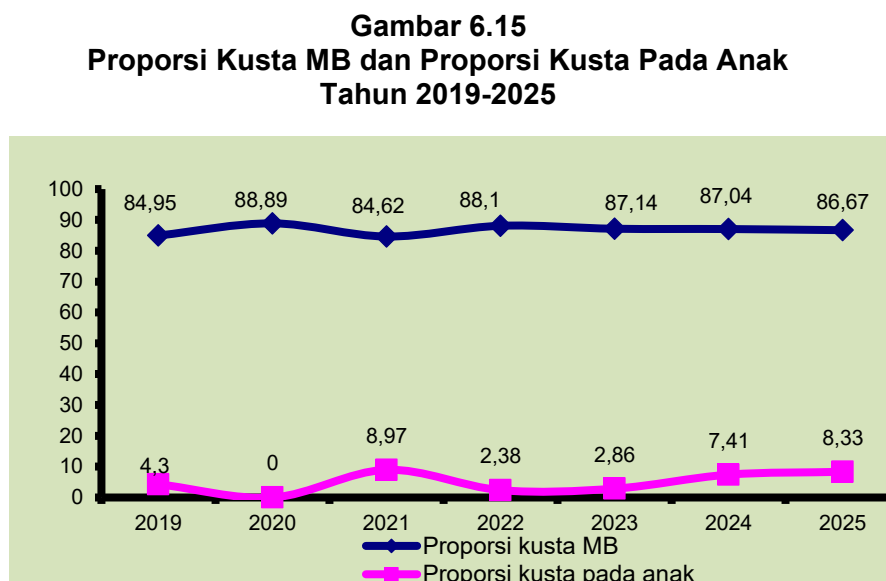
Di Provinsi Jambi tidak ditemukan kasus kusta baru dengan cacat tingkat 2 di delapan kabupaten, sementara itu Kabupaten Kerinci dengan Angka Cacat Tingkat 2 paling tinggi yaitu 7,75 per 1.000.000 penduduk.



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

c. Proporsi kusta Multibasiler (MB) dan Proporsi Kusta Baru Pada Anak

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



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Tidak banyak terjadi perubahan proporsi kusta MB selama periode 2019-2025. Kasus kusta tipe MB masih mendominasi di Provinsi Jambi menunjukkan banyaknya sumber penularan di masyarakat.

Proporsi kusta anak pada tahun 2019-2020 mengalami penurunan, namun naik signifikan pada tahun 2021, sementara 2021-2025 mengalami kenaikan. Data atau informasi terkait penyakit kusta terdapat pada lampiran tabel 64 sampai lampiran tabel 68.

7. Coronavirus disease (COVID-19)

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

Infeksi COVID-19 dapat menimbulkan gejala ringan, sedang atau berat. Gejala klinis utama yang muncul yaitu demam (suhu $>38^{\circ}\text{C}$), batuk, nyeri tenggorok, kongesti hidung, sakit kepala, dan kesulitan bernafas. Selain itu dapat disertai dengan sesak memberat, fatigue, mialgia, hilang penciuman dan pembauan atau ruam kulit, gejala gastrointestinal seperti diare dan gejala saluran nafas lain. Pada kasus berat perburukan secara cepat dan progresif, seperti ARDS, syok septik, asidosis metabolik yang sulit dikoreksi dan beberapa pasien, gejala yang muncul ringan, bahkan tidak disertai demam. Kebanyakan pasien memiliki prognosis baik, dengan sebagian kecil dalam kondisi kritis bahkan meninggal. Orang lanjut usia dan dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, gangguan jantung, dan paru, diabetes dan kanker berisiko lebih besar mengalami keparahan.

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

Kebijakan penanggulangan wabah penyakit menular diatur oleh Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang wabah penyakit Menular, Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penangulangan Wabah Penyakit Menular, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501/Menkes/Per/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangan. Dan dalam rangka upaya penanggulangan dini wabah COVID-19, Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor K.01.07/MENKES/104/2020 tentang Penetapan Infeksi Novel Coronavirus (Infeksi 2019- nCoV) sebagai jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya. Penetapan didasari oleh pertimbangan bahwa infeksi Novel Coronavirus (infeksi 2019-nCoV) telah dinyatakan WHO sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD)/*Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC).

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

Sementara di Provinsi Jambi pertama kali diumumkan adanya kasus COVID-19 pada tanggal 22 Maret 2020. Kasus konfirmasi Covid-19 sejak ditemukan sampai 30 Desember 2023 sebesar 39.657 kasus. Dan jumlah kasus konfirmasi yang dilaporkan sepanjang tahun 2023 adalah 249 kasus. Jumlah kasus konfirmasi tertinggi pada tahun 2023 dilaporkan dari Kota Jambi (134) dan Kab. Muaro Jambi (63 kasus).

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

Di Provinsi Jambi secara kumulatif, hampir seluruh kasus COVID-19 sembuh. *Recovery Rate* di Provinsi Jambi dan level kabupaten rata-rata sudah lebih dari 90%. *Case Fatality Rate* (CFR) COVID-19 kumulatif di Provinsi Jambi sebesar 2,39%. Kabupaten dengan CFR tertinggi yaitu Merangin (4,91%), Kerinci (3,69%), dan Batanghari (3,58%).

Untuk memutus rantai penularan COVID-19, selain melaksanakan protokol kesehatan secara ketat, diperlukan upaya untuk meningkatkan imunitas masyarakat. Vaksinasi bertujuan untuk meningkatkan kekebalan kelompok (*herd immunity*).

Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 telah dilaksanakan sejak tanggal 13 Januari 2021 dengan total sasaran 234.660.020 penduduk usia ≥ 6 tahun.

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

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

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

B. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)

PD3I adalah penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya dalam mencegah dan mengendalikan PD3I. Upaya-upaya yang dilakukan antara lain:

- a. Meningkatkan cakupan imunisasi dasar dan lanjutan, karena imunisasi merupakan pencegahan spesifik dari PD3I;
- b. Melakukan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan Imunisasi;

- c. Melaksanakan peningkatan kapasitas petugas surveilans PD3I dalam rangka meningkatkan *performance* surveilans AFP dan Campak-Rubella serta pengendalian Difteri;
- d. Menyusun, menyediakan, dan mendistribusikan petunjuk teknis surveilans PD3I
- e. Menyediakan dan mendistribusikan media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) surveilans PD3I;
- f. Melakukan sosialisasi terkait PD3I kepada lintas program dan lintas sektor terkait serta organisasi profesi (IDI, IDAI, IBI, PPNI, PEAI dll);
- g. Melaksanakan pertemuan rutin dengan Komisi Ahli (Komli) Difteri, Komli Campak-Rubella/CRS, Komli surveilans AFP dan Komli Eradikasi Polio (ERAPO), untuk mendapatkan rekomendasi dalam rangka pencapaian target eradikasi polio, eliminasi campak-rubella/CRS serta pengendalian difteri dan strategi penanggulangan KLB;
- h. Melaksanakan pertemuan jejaring laboratorium Difteri, Campak-Rubella/CRS, dan Polio;
- i. Melakukan pendampingan Penyelidikan Epidemiologi penyakit potensial KLB termasuk PD3I ke daerah-daerah;

Berikut penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi:

1. *Tetanus Neonatorum*

Tetanus neonatorum (TN) merupakan penyakit tetanus yang menyerang bayi baru lahir. Penyebab utama adalah infeksi bakteri *Clostridium tetani*, yaitu bakteri yang dapat menghasilkan racun yang dapat menyerang otak dan sistem saraf pusat.

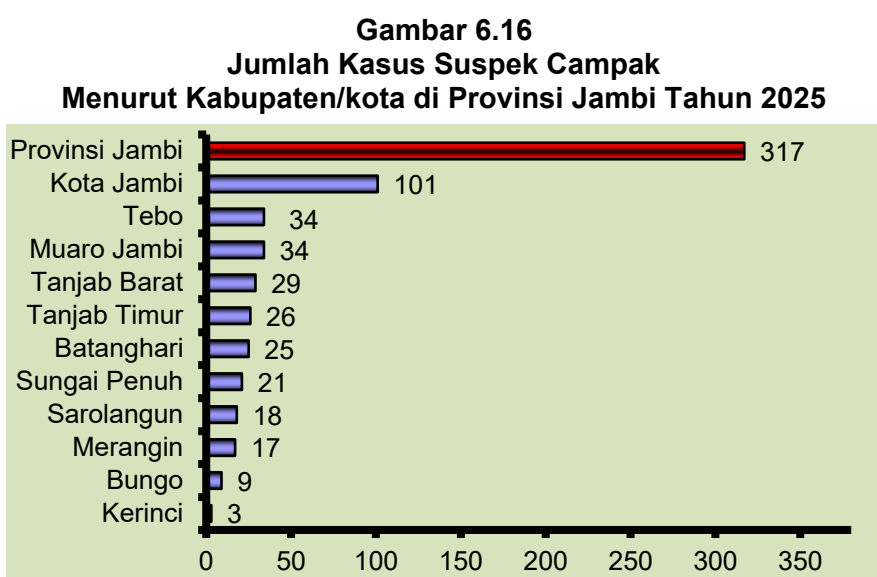
Bakteri ini biasa ditemukan di tanah, debu, dan kotoran hewan. Bakteri *Clostridium tetani* bisa menginfeksi seseorang, melalui luka goresan, sobekan, atau luka tusukan yang disebabkan oleh benda- benda yang terkontaminasi. Pada bayi yang baru lahir, tetanus neonatorum terjadi akibat bakteri ini masuk ke dalam tubuh bayi melalui praktik persalinan yang tidak higienis, seperti memotong dan merawat tali pusar yang tidak bersih atau steril.

Periode kasus *tetanus neonatorum* tujuh tahun terakhir (2018-2025) di Provinsi Jambi. Pada tahun 2018 terdapat 3 kasus (2 meninggal), tahun 2019 terdapat 2 kasus (1 meninggal), tahun 2020-2021 terdapat masing-masing 1 kasus tanpa ada kematian, tahun 2022-2023 tidak terdapat kasus tetanus neonatorum, tahun 2024 terdapat 1 kasus dan terjadi kematian, dan tahun 2025 terdapat 3 kasus dan semuanya meninggal. Data dan informasi dapat dilihat pada lampiran tabel 72.

2. Campak

Penyakit campak merupakan penyakit yang sangat menular. Campak menjadi penyebab penting kematian anak-anak di seluruh dunia. Kelompok anak usia pra sekolah dan usia SD merupakan kelompok rentan tertular penyakit campak. Penyakit campak disebabkan oleh virus dari *genus Morbillivirus* dan termasuk golongan *Paramyxovirus*. Campak disebut juga morbili atau *measles*. Campak ditularkan melalui udara yang terkontaminasi droplet dari hidung, mulut, atau tenggorokan orang yang terinfeksi. Gejala awal biasanya muncul 10-12 hari setelah infeksi, termasuk demam tinggi, pilek, mata merah, dan bintik-bintik putih kecil di bagian dalam mulut. Beberapa hari kemudian, ruam berkembang, mulai pada wajah dan leher bagian atas dan secara bertahap menyebar ke bawah. Campak berat mungkin terjadi pada anak-anak yang menderita kurang gizi, terutama pada mereka yang kekurangan vitamin A, atau yang sistem kekebalan tubuhnya telah dilemahkan oleh penyakit lain. Komplikasi yang paling serius termasuk kebutaan, *ensefalitis* (infeksi yang menyebabkan pembengkakan otak), diare berat dan dehidrasi, serta infeksi pernafasan berat seperti pneumonia. Seseorang yang pernah menderita campak akan mendapatkan kekebalan terhadap penyakit tersebut seumur hidupnya.

Pada tahun 2025 terdapat 317 kasus suspek Campak di Provinsi Jambi yang tersebar pada 11 kabupaten/kota. Kota Jambi dengan kasus tertinggi (101 kasus) dan kasus terendah di Kabupaten Bungo (9 kasus) dengan *incidence rate* (IR) sebesar 8,4 yang disajikan pada gambar 6.16 dan lampiran tabel 72.



Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Apabila terjadi 5 atau lebih kasus suspek campak dalam waktu 4 minggu berturut-turut yang terjadi secara mengelompok, dan telah dibuktikan adanya hubungan epidemiologis di suatu daerah, maka daerah tersebut dinyatakan KLB suspek campak.

3. Difteri

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

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

Periode kasus *Difteri* lima tahun terakhir (2019-2025) di Provinsi Jambi. Pada tahun 2019 terdapat 1 kasus tanpa ada kematian, tahun 2020 tidak terdapat kasus, tahun 2021 terdapat 2 kasus (1 meninggal) dengan CFR 50%, tahun 2022 tidak terdapat kasus Difteri, tahun 2023 terdapat 1 kasus tanpa ada kematian, tahun 2024 terdapat 6 kasus dengan 1 kematian, dan tahun 2025 terdapat 2 kasus tanpa kematian.

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

Kebijakan dalam penanggulangan Difteri antara lain:

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

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

Polio merupakan penyakit yang sangat menular dan disebabkan oleh virus. Penyakit ini menyerang sistem syaraf dan dapat menyebabkan kelumpuhan total hanya dalam hitungan jam. Virus ini terutama ditularkan dari orang ke orang melalui fekal-oral. Gejala awal yang terjadi adalah demam, kelelahan, sakit kepala, muntah, kekakuan pada leher, dan nyeri pada tungkai. 1 dari 200 infeksi menyebabkan kelumpuhan permanen (biasanya di bagian tungkai). Diantara mereka yang lumpuh, 5% hingga 10% akan berakhir pada kematian karena kelumpuhan terjadi pada otot-otot pernapasan mereka.

Pada bulan Mei 2012, sidang *World Health Assembly* (WHA) mendeklarasikan bahwa pencapaian eradikasi polio merupakan kedaruratan kesehatan masyarakat global dan menetapkan agar Direktur Jenderal WHO menyusun strategi eradikasi polio yang komprehensif. Dokumen Rencana Strategis 2013-2018 dan Inisiatif Pencapaian Eradikasi Polio Global, telah disetujui oleh Badan Eksekutif WHO pada Januari 2013. Dalam rencana strategis tersebut dibutuhkan komitmen global bahwa setiap negara perlu melaksanakan strategis yaitu Pekan Imunisasi Nasional (PIN) Polio, penggantian

dari *trivalent Oral Polio Vaccine* (tOPV) menjadi *bivalent Oral Polio Vaccine* (bOPV), introduksi *Inactivated Polio Vaccine* (IPV), dan penarikan seluruh vaksin polio oral (OPV), surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*), dan pengamanan virus polio di laboratorium (*Laboratory Containment*). Sebagai kelanjutannya, WHO juga telah menyusun Rencana Strategis 2019 – 2023 yang berisi 3 tujuan utama yaitu eradikasi, integrasi serta sertifikasi dan pengamanan Virus Polio.

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

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

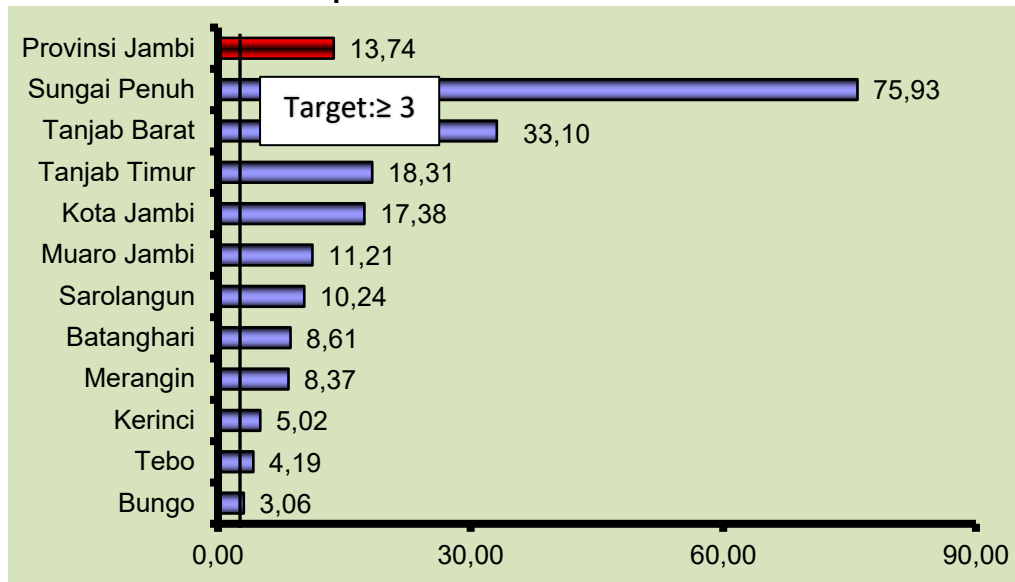
Indikator surveilans AFP adalah *non-polio AFP rate*, yaitu kasus lumpuh layu akut yang terjadi secara akut (mendadak), bukan disebabkan oleh ruda paksa yang diduga disebabkan oleh virus polio sampai dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium bukan kasus polio. Kementerian Kesehatan menetapkan target *non-polio AFP rate* sebesar minimal 2/100.000 populasi penduduk usia kurang dari 15 tahun. Namun, dikarenakan adanya KLB pada tahun 2022 sehingga target *non-polio AFP rate* tahun 2023-2024 dinaikkan menjadi minimal 3/100.000 populasi penduduk usia <15 tahun.

Pada tahun 2025 ditemukan kasus Non Polio AFP hampir di seluruh kabupaten di Provinsi Jambi. Semua kabupaten sudah mencapai standar minimal penemuan non polio AFP rate sebesar ≥ 3 per 100.000 penduduk berusia kurang dari 15 tahun.

Periode lima tahun terakhir (2021-2025) target Non Polio AFP rate sebesar ≥ 2 per 100.000 penduduk berusia <15 tahun telah tercapai, tahun 2021 (3,87), tahun 2022 (4,94%), dan tahun (2023-2025) target Non Polio AFP rate sebesar ≥ 3 per 100.000

penduduk berusia <15 tahun telah tercapai (7,77) pada tahun 2023, 13,46 pada tahun 2024, dan 13,74 pada tahun 2025. Kasus Non Polio AFP *rate* kabupaten/kota tahun 2025 disajikan pada gambar 6.17 berikut.

Gambar 6.17
Non Polio AFP Rate Per 100.000 Penduduk < 15 Tahun
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi
 Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Provinsi Jambi telah memenuhi target capaian AFP *rate* per 100.000 penduduk umur <15 tahun yang ditetapkan ≥ 3 dengan capaian 13,74. Kota Sungai Penuh merupakan kabupaten/kota dengan non polio AFP *rate* per 100.000 penduduk umur <15 tahun tertinggi yaitu sebesar 75,93.

Pemeriksaan spesimen tinja dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya virus polio liar pada kasus AFP yang ditemukan dalam kegiatan surveilans AFP. Semua kasus AFP seharusnya dilakukan pemeriksaan klinis dan investigasi virologi, dan setidaknya 80% kasus AFP harus memenuhi standar spesimen adekuat dengan persyaratan yaitu volume cukup 8-10 gr, spesimen kondisi baik (tidak bocor, suhu dingin 4-8 0C), dua spesimen didapatkan ≤ 14 hari setelah munculnya kelumpuhan dengan jeda minimal 24 jam antara sampel 1 dan 2.

Informasi lebih rinci mengenai penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi menurut provinsi dan kelompok umur dapat dilihat pada lampiran tabel 71.

C. PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZONOSIS

1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

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

Vektor penular penyakit ini berasal dari jenis nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Karakteristik vektor penular menentukan persebaran dan waktu kejadian infeksi. Habitat nyamuk *Aedes* pada umumnya berada di wilayah dengan iklim tropis, curah hujan tinggi, serta suhu panas dan lembap. Nyamuk *Aedes* menyukai genangan atau tempat penampungan air seperti selokan, vas atau pot tanaman, tempat minum hewan peliharaan, kolam renang, atau tempat sampah sebagai tempat perindukan. Karakteristik dan perilaku vektor tersebut dapat menjelaskan adanya kecenderungan peningkatan kasus DBD pada musim penghujan seiring dengan bermunculannya tempat perindukan. Selain mempengaruhi banyaknya kasus, karakteristik dan perilaku nyamuk *Aedes* juga menjadi landasan upaya pengendalian penyakit DBD melalui intervensi lingkungan dan perilaku individu dan masyarakat. Upaya pengendalian tersebut di antaranya melalui kampanye 3M dan 3M plus.

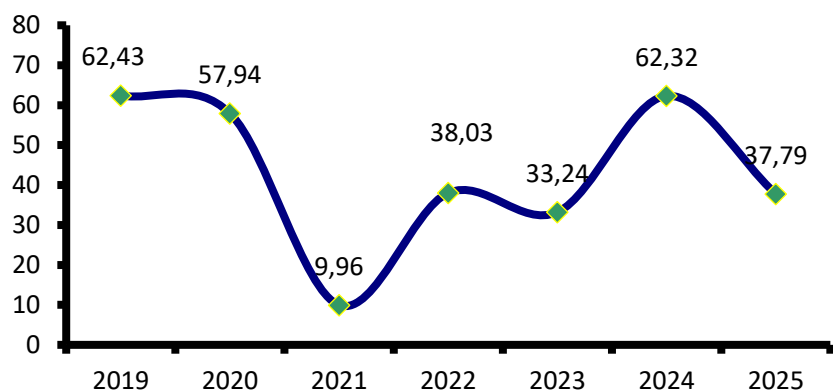
a. Kesakitan dan Kematian Akibat DBD

Diagnosa kasus DBD ditegakkan dengan anamnesis perjalanan penyakit, gejala klinis, pemeriksaan fisik termasuk tanda vital dan tanda perdarahan, serta pemeriksaan penunjang konfirmasi diagnosis. Pasien terduga DBD akan menjalani pemeriksaan laboratorium yang megindikasikan penurunan trombosit < 100.000/mm³ dan adanya kebocoran plasma yang ditandai dengan peningkatan hematokrit > 20%.

Pada tahun 2025 terdapat 1.424 kasus DBD dengan jumlah kematian sebanyak 10 kasus. Dibandingkan dengan tahun 2024 (2.321 kasus) terjadi penurunan kasus sebesar 897.

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

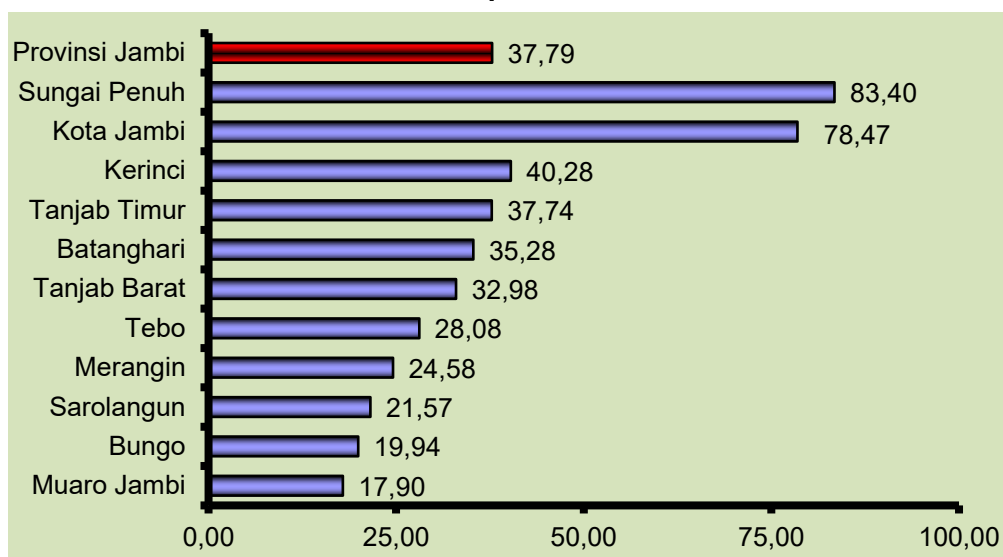
Gambar 6.18
Incidence Rate Per 100.000 Penduduk Demam Berdarah Dengue
Tahun 2019-2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
 Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Incidence Rate DBD per 100.000 penduduk fluktuatif sebagaimana pada gambar 6.18.

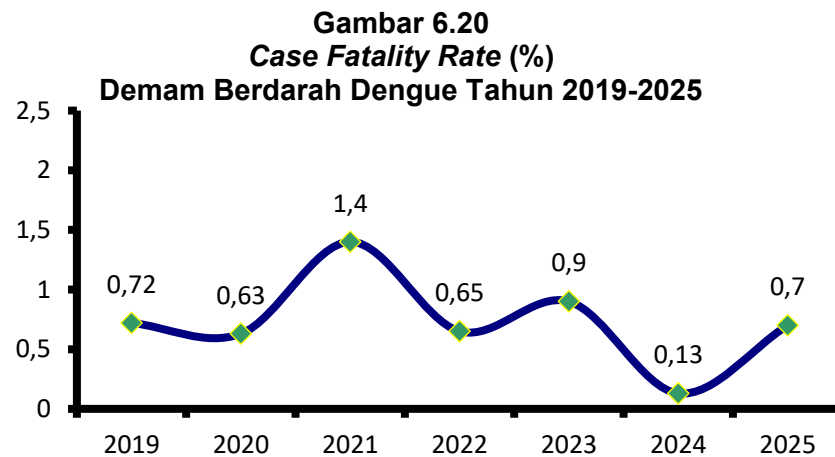
Gambar 6.19
Angka Kesakitan (*Incidence Rate/IR*) Demam Berdarah Dengue (DBD)
Per 100.000 Penduduk Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
 Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

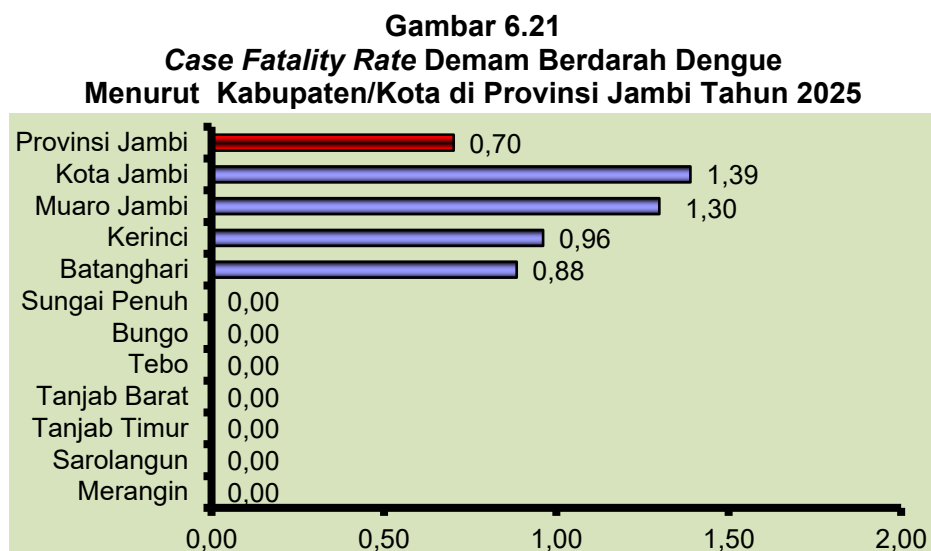
Berdasarkan Permenkes Nomor 12 Tahun 2025, salah satu indikator Rencana Strategis tahun 2025-2029, yaitu persentase kabupaten/kota yang memiliki IR DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk. Tahun 2024, seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jambi memiliki IR >10 per 100.000 penduduk, Kota Sungai Penuh memiliki IR DBD tertinggi sebesar 83,40 per 100.000 penduduk. IR DBD Provinsi Jambi tahun 2025 sebesar 37,79 per 100.000 penduduk, angka ini tinggi dibandingkan dengan target nasional sebesar ≤ 10 per 100.000 penduduk.

Penyebaran kasus DBD di Indonesia dapat dipantau melalui banyaknya kabupaten/kota dengan status terjangkit DBD. Kasus DBD yang terlambat mendapatkan perawatan dapat menyebabkan fatalitas seperti kematian. Proporsi kematian terhadap seluruh kasus DBD atau yang dikenal dengan *Case Fatality Rate* (CFR) juga dapat digunakan untuk menilai keberhasilan pengendalian DBD



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

CFR DBD di Provinsi Jambi menunjukkan kecenderungan naik dalam kurun waktu 2019-2021, yaitu dari 0,72% menjadi 1,40%. Dan kecenderungan menurun menjadi 0,7 di tahun 2025.



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

CFR DBD Provinsi Jambi tahun 2025 mencapai 0,70%. CFR ini di bawah target Strategi Nasional Penanggulangan DBD ($< 1\%$). Namun demikian dari 4 kabupaten terjadi kematian DBD, terdapat 2 kabupaten dengan CFR tinggi ($> 1\%$), yaitu Kabupaten Muaro Jambi dan Kota Jambi.

Untuk menjadi perhatian terhadap CFR yang tinggi, perlu pertolongan segera dalam mencegah dan mengurangi keparahan dan komplikasi yang menyebabkan kematian. Diperlukan upaya tindak lanjut tatalaksana kasus yg adekuat, edukasi, dan informasi kepada masyarakat tentang bahaya Dengue untuk mencegah keterlambatan penanganan serta peningkatan kompetensi tenaga kesehatan untuk dapat secara dini mengenali gejala dan tanda bahaya Dengue.

b. Penyelidikan Epidemiologi (PE) pada Dengue

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

c. Pengendalian Faktor Risiko DBD

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

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

Kegiatan Plus meliputi: mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat- tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali, memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar atau rusak, menutup lubang-lubang pada potongan bambu atau pohon, dan lainnya, menaburkan bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit dikuras atau di daerah yang sulit air, memelihara ikan pemakan jentik di kolam atau bak penampungan air, memasang kawat kasa, menghindari

kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar, mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai, menggunakan kelambu, memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk, dan cara spesifik lainnya di masing-masing daerah.

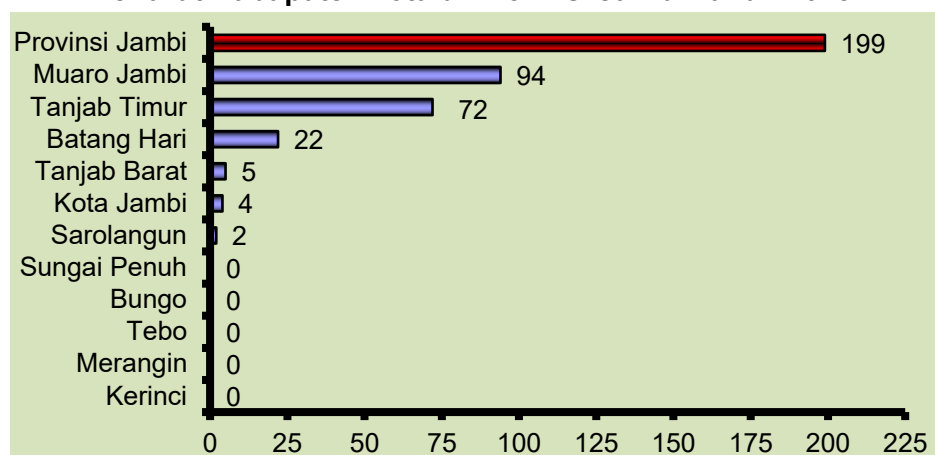
Keberhasilan kegiatan PSN 3M Plus antara lain dapat diukur dengan angka bebas jentik (ABJ). Jika $ABJ \geq 95\%$ diharapkan penularan DBD dan Chikungunya dapat dicegah atau dikurangi. Upaya pemberantasan vektor penyakit DBD hanya dapat berhasil apabila seluruh masyarakat berperan secara aktif dalam melakukan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

2. Filariasis

Filariasis merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh cacing *Filaria* dan ditularkan dengan perantara nyamuk. Cacing *Filaria* yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk akan menginfeksi jaringan limfe. Setelah masuk ke dalam jaringan limfe, cacing *Filaria* yang masih mikro*Filaria* akan tumbuh menjadi cacing dewasa yang kemudian menyebabkan pembengkakan di kaki, tungkai, payudara, lengan dan organ genital. Cacing penyebab *Filaria* yang tersebar di Indonesia terdiri dari tiga spesies yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melalui roadmap *Neglected Tropical Diseases* (NTD) 2021 menetapkan eliminasi Filariasis pada tahun 2030. Diperkirakan saat ini terdapat 1,3 miliar penduduk yang berisiko tertular penyakit Filariasis di dunia. Jumlah tersebut tersebar di lebih dari 83 negara dan 60% kasus tersebut terdapat di Asia Tenggara.

Gambar 6.22
Jumlah Kasus Kronis Filariasis
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Tahun 2025 di Provinsi Jambi terdapat 199 kasus kronis Filariasis yang tersebar di 11 kabupaten/kota, sama dengan tahun sebelumnya.

Keberhasilan program pengendalian Filariasis dapat diketahui di antaranya dengan melihat jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan angka mikrofilaria menjadi < 1%. Upaya pengendalian penyakit Filariasis dilakukan dengan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis yang dilakukan setahun sekali selama lima tahun berturut-turut. Pasca pelaksanaan POPM, dilanjutkan dengan pelaksanaan evaluasi pre-TAS (*Transmission Assesment Survey*) dengan waktu 6-12 bulan dilanjutkan TAS dengan waktu 1 tahun, selanjutnya sampai dengan TAS 3.

Tabel 6.1
Evaluasi Pelaksanaan POPM Filariasis di Provinsi Jambi

No	Kabupaten	Evaluasi Pelaksanaan POPM (tahun)			
		Pre TAS	TAS 1	TAS 2	TAS 3
1.	Tanjab Barat	2012	2013	2015 (invalid), diulang tahun 2017	2019
2.	Muaro Jambi	2016	2017	2022	
3.	Batanghari	2017	2018	2022	
4.	Merangin	2017	2018	2022	
5.	Tanjab Timur	2017 (gagal) 2019 (ulang)	2021		

Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Pada tabel 6.1 di atas, terlihat bahwa Kabupaten Tanjung Jabung Timur gagal pada pelaksanaan pre TAS tahun 2017 dengan Mf rate 1,29%, sehingga direkomendasikan untuk pengobatan ulang selama 2 (dua) tahun berturut-turut (2017-2018), dan dilakukan pre TAS kembali pada tahun 2019.

Dari 5 kabupaten endemis Filaria di atas, satu kabupaten yaitu Kabupaten Tanjung Jabung Barat telah mendapatkan sertifikat eliminasi Filaria, tiga kabupaten yaitu; Kabupaten Muaro Jambi, Kabupaten Batang Hari, dan Kabupaten Merangin telah dinyatakan eliminasi Filaria sesuai Permenkes No 13 tahun 2022 bahwa kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi adalah kabupaten/kota endemis yang telah lulus survei evaluasi penularan (*Transmission Assesment Survey*) tahap kedua. Dan selanjutnya direncanakan melanjutkan TAS tahap ketiga pada tahun 2024. Sedangkan satu kabupaten lagi yaitu Kabupaten Tanjung Jabung Timur belum dapat melaksanakan TAS tahap kedua dikarenakan belum ada ketersediaan alat rapid test (*Brugia Rapid Test*) dari WHO. Tahun 2024 rencana TAS 3 di Kabupaten Merangin tidak dapat dilakukan karena efisiensi anggaran dari Kementerian Kesehatan. Keadaan ini masih sama pada tahun 2025.

3. Malaria

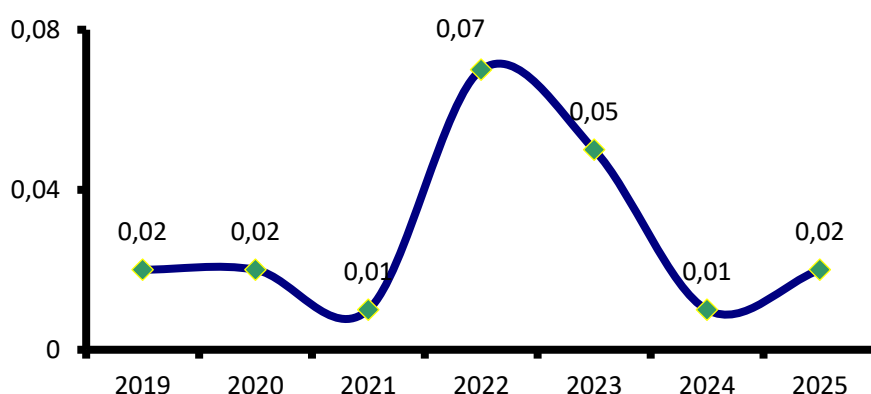
Malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh mikroorganisme yang disebut *Plasmodium*. *Plasmodium* menginfeksi manusia melalui vektor penular nyamuk Anopheles. Bersama dengan HIV AIDS dan Tuberkolusis, pengendalian malaria menjadi bagian dari tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebagai tujuan global yang harus dicapai sampai dengan tahun 2030. Terkait dengan pengendalian Malaria di Indonesia, Kementerian Kesehatan telah menetapkan target program eliminasi malaria agar seluruh wilayah di Indonesia bebas dari malaria selambat-lambatnya tahun 2030. Target ini sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 293/Menkes/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang “Eliminasi Malaria di Indonesia”.

Eliminasi Malaria dapat diupayakan melalui peningkatan persentase konfirmasi kesediaan darah dan persentase pengobatan standar. Penentuan stratifikasi endemisitas di antaranya ditentukan berdasarkan nilai API. Wilayah endemis rendah jika $API < 1$, endemis sedang jika API sebesar 1-5, dan endemis tinggi jika $API > 5$.

a. Angka Kesakitan Malaria

Morbiditas malaria dapat diketahui dengan menilai indikator *Annual Parasite Incidence* (API) per 1.000 penduduk. Indikator ini diperoleh dengan menghitung proporsi antara pasien positif malaria terhadap penduduk berisiko di wilayah tertentu. Penentuan stratifikasi endemisitas di antaranya ditentukan berdasarkan nilai *Annual Parasite Incidence* (API) per 1000 penduduk (%). Wilayah endemis rendah jika $API < 1\%$, endemis sedang jika API sebesar 1-5 %, dan endemis tinggi jika $API > 5\%$.

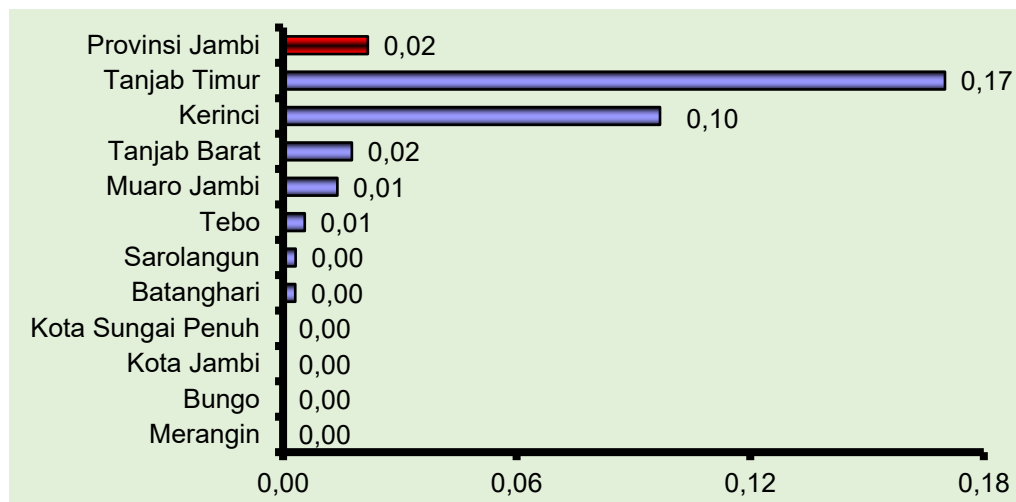
Gambar 6.23
Angka Kesakitan Malaria (*Annual Paracite Incidence* /API)
Per 1.000 Penduduk di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Pada gambar di atas, menunjukkan bahwa API di Provinsi Jambi <1 per 1.000 penduduk yang artinya dalam kategori wilayah endemis rendah. Untuk gambaran API menurut kabupaten/kota ditampilkan pada gambar berikut.

Gambar 6.24
Angka Kesakitan Malaria (*Annual Paracite Incidence* /API) Per 1.000 Penduduk Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Angka kesakitan Malaria per kabupaten/kota di Provinsi Jambi pada tahun 2025 tertinggi adalah Kabupaten Tanjung Timur sebesar 0,17 per 1.000 penduduk, dan terdapat 4 (empat) kabupaten yang tidak terdapat kejadian Malaria positif.

Sampai dengan tahun 2025, terdapat 8 (delapan) kabupaten/kota eliminasi Malaria (tidak ada kasus indigenous dan $API \leq 1$) yaitu; Kota Jambi, Kabupaten Kerinci, Kota Sungai Penuh, Kabupaten Bungo, Kabupaten Muaro Jambi, Kabupaten Tebo, Kabupaten Tanjung Jabung Timur, dan Kabupaten Tanjung Jabung Barat. Walaupun API telah di bawah 1%, tetapi masih terdapat kasus indigenous (penularan setempat) di 3 (tiga) kabupaten yaitu; Kabupaten Batanghari, Kabupaten Sarolangun, dan Kabupaten Merangin. Dengan adanya intervensi yang efektif status eliminasi bisa ditingkatkan menjadi bebas Malaria.

b. Pengobatan Malaria

Salah satu strategi dalam mencapai eliminasi Malaria adalah memperkuat dukungan lintas sektor maupun lintas program, dukungan ini dilakukan melalui

kegiatan terpadu, salah satunya adalah kegiatan terpadu pengendalian mMlaria dengan pelayanan penemuan dan pengobatan Malaria secara standar.

Pengobatan Malaria yang terstandar dan dinilai efektif sampai saat ini masih menggunakan *Artemisinin-based Combination Therapy* (ACT). Pemberian ACT dilakukan pada 24 jam pertama pasien panas dan obat harus dihabiskan. Pemerintah menetapkan target persentase pengobatan ACT sebesar 90%. Provinsi Jambi telah melaksanakan pengobatan ACT sebesar 100% pada semua kasus Malaria. Untuk target pemeriksaan Malaria dari tahun 2022-2026 sebanyak 58.284 sedangkan hasil pemeriksaan Malaria di Provinsi Jambi sebanyak 83.515. Jumlah ini lebih dari 100% dari target yang ditetapkan sebelum tahun 2026.

4. Rabies

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

Tabel 6.2
Jumlah Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR) dan Rabies
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, 2021 – 2025

KABUPATEN / KOTA	TAHUN									
	2021		2022		2023		2024		2025	
	GHPR	LYSSA/ RABIES	GHPR	LYSSA/ RABIES	GHPR	LYSSA/ RABIES	GHPR	LYSSA/ RABIES	GHPR	LYSSA/ RABIES
(1)	(4)	(5)	(6)	(7)						
Kab. Kerinci	61	0	30	0	92	0	119	0	143	0
Kab. Merangin	83	0	86	0	117	0	118	0	173	0
Kab. Sarolangun	36	0	35	0	68	0	92	0	189	1
Kab. Batang Hari	48	0	37	0	54	0	45	0	98	1
Kab. Muaro Jambi	66	0	72	0	138	0	116	0	161	0
Kab. Tanjab Timur	44	0	67	0	125	0	84	0	83	0
Kab. Tanjab Barat	47	0	40	0	50	0	49	0	67	0
Kab. Tebo	82	0	116	1	125	1	114	1	89	0
Kab. Bungo	52	0	64	0	70	0	82	0	143	0
Kota Jambi	341	0	439	0	575	0	740	0	864	1
Kota Sungai Penuh	22	0	51	0	96	1	82	0	93	0
Jambi	882	0	786	1	1.510	1	1.641	1	2.103	3

Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR) di Provinsi Jambi pada tahun 2025 terjadi peningkatan kasus dibandingkan tahun sebelumnya, dari 2.103 kasus tahun 2025 menjadi 1.641 kasus pada tahun 2024 yang tersebar di 11 Kabupaten/ Kota. Tahun 2025 ini terdapat tiga kasus kematian karena rabies (*Lyssa*), yang sebelumnya sejak tahun 2019 sampai dengan tahun 2021 tidak terdapat kematian. Kabupaten/ kota dengan kasus tertinggi terjadi di Kota Jambi sebanyak 864 kasus sementara kasus terendah terdapat di Kabupaten Tanjung Jabung Barat sebanyak 67 kasus yang ditampilkan pada tabel 6.2 di atas.

Tantangan dalam pengendalian Rabies yaitu Indonesia bebas kasus Rabies pada manusia dan hewan sebelum tahun 2030 sesuai dengan target *Asean Free Rabies*. Eliminasi Rabies pada manusia yakni selama 2 (dua) tahun berturut-turut tidak ditemukan adanya kasus kematian akibat Rabies (*Lyssa*). Sementara di Provinsi Jambi periode dua tahun terakhir (2024-2025), terdapat kasus kematian akibat Rabies Pada Manusia (RPM/LYSSA).

D. PENYAKIT TIDAK MENULAR

Penyakit tidak menular atau penyakit non-infeksi telah menjadi bagian dari beban ganda epidemiologi di dunia sejak beberapa dekade terakhir. Berbeda dengan penyakit menular, penyakit ini tidak disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti protozoa, bakteri, jamur, maupun virus. Badan kesehatan dunia (WHO) mengestimasi bahwa penyakit ini menyebabkan sedikitnya terhadap 40 juta kematian tiap tahun di dunia. Jumlah tersebut setara dengan 70% kematian oleh seluruh penyebab pada tingkat global.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (PTM) yang mengacu pada klasifikasi internasional penyakit (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) mengelompokkan penyakit ini berdasarkan sistem dan organ tubuh menjadi 12 jenis penyakit yaitu:

1. Penyakit keganasan
2. Penyakit endokrin, nutrisi, dan metabolik
3. Penyakit sistem saraf
4. Penyakit sistem pernapasan
5. Penyakit sistem sirkulasi
6. Penyakit mata dan adnexa
7. Penyakit telinga dan mastoid

8. Penyakit kulit dan jaringan subkutaneus
9. Penyakit sistem musculoskeletal dan jaringan penyambung
10. Penyakit sistem genitourinaria
11. Penyakit gangguan mental dan perilaku
12. Penyakit kelainan darah dan gangguan pembentukan organ darah.

Angka morbiditas penyakit tidak menular baik di tingkat global maupun nasional menunjukkan kecenderungan peningkatan dalam beberapa tahun terakhir. WHO mengidentifikasi empat faktor risiko utama yang berkontribusi terhadap peningkatan tersebut, yaitu konsumsi tembakau, kurangnya aktivitas fisik, penyalahgunaan alkohol, dan diet yang tidak sehat. Kemunculan COVID-19 sebagai *new- emerging disease* telah menyadarkan banyak pihak terhadap pentingnya pengendalian penyakit tidak menular, karena penyakit ini merupakan salah satu komorbid yang berperan dalam meningkatkan keparahan COVID-19.

Penanggulangan PTM diprioritaskan pada jenis penyakit yang menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan beberapa kriteria, yaitu tingginya angka kematian atau kecacatan, tingginya angka kesakitan atau tingginya beban biaya pengobatan, dan memiliki faktor risiko yang dapat diubah.

Penanggulangan PTM melalui upaya kesehatan masyarakat terdiri dari upaya pencegahan dan pengendalian. Upaya pencegahan dilaksanakan melalui kegiatan promosi kesehatan, deteksi dini faktor risiko, dan perlindungan khusus yang menitikberatkan pada faktor risiko yang dapat diubah. Faktor risiko yang dapat diubah meliputi merokok, kurang aktivitas fisik, diet yang tidak sehat, konsumsi minuman beralkohol, dan lingkungan yang tidak sehat. Upaya pengendalian dilaksanakan melalui kegiatan penemuan dini kasus dan tata laksana dini.

1. Jumlah Kabupaten/Kota Melakukan Pelayanan Terpadu (PANDU) PTM di > 80% Puskesmas

Berbagai upaya telah dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian PTM di tingkat nasional, sejalan dengan pendekatan global dan regional. Salah satu program yang telah dan masih terus dilakukan oleh Kementerian Kesehatan adalah Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (PANDU PTM) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Hal ini sebagai upaya dalam mendukung pencapaian target indikator Renstra Kementerian Kesehatan 2025-2029, pengukurannya diarahkan kepada pencapaian layanan terpadu dan cakupan skrining spesifik.

PANDU PTM di FKTP merupakan upaya pencegahan, pengendalian dan tatalaksana Hipertensi dan Diabetes Melitus serta PTM lainnya yang dilaksanakan

secara komprehensif, terintegrasi dan berkelanjutan dengan pendekatan faktor risiko, menggunakan Algoritma PANDU PTM dan Tabel Prediksi risiko PTM.

Algoritma Pandu PTM merupakan alur pikir dalam melakukan pelayanan terpadu PTM di FKTP. Dalam algoritma dijelaskan tentang tahapan pelayanan bagi pengunjung puskesmas yang berusia 15 tahun keatas. Tahapan diawali dari identifikasi faktor risiko hingga diagnosis dan tata laksana yang dalam salah satu prosesnya menggunakan Tabel Prediksi Risiko PTM. Sedangkan dalam kaitan dengan tatalaksana penyakit yang bersifat spesifik, PANDU PTM tetap mengacu pada pedoman tata laksana penyakit yang berlaku.

Untuk memperkuat pelaksanaan PANDU PTM di daerah, Kementerian Kesehatan menetapkan indikator Renstra yaitu jumlah kabupaten/kota yang minimal 50% puskesmasnya melaksanakan pelayanan terpadu PTM pada minimal 80% kunjungan. Sedangkan Indikator Sasaran Strategis (ISS) Adalah Persentase kabupaten/kota dengan indeks SPM Hipertensi dan DM minimal 80% serta memiliki peraturan KTR (Kawasan Tanpa Rokok).

Tahun 2025, semua kabupaten/kota (11 kabupaten/kota) telah melakukan pelayanan terpadu PTM di puskesmas. Dari 208 puskesmas di Provinsi Jambi, 206 puskesmas (99%) telah PANDU PTM, sisanya 2 puskesmas yang belum PANDU PTM terdapat di Kabupaten Tebo.

2. Pengendalian Konsumsi Tembakau

Perilaku merokok merupakan salah satu faktor risiko yang diintervensi pada pengendalian penyakit tidak menular. Salah satu upaya melindungi masyarakat dari paparan asap rokok yaitu melalui pengembangan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dengan mendorong terbentuknya peraturan dan kebijakan daerah serta implementasinya. Dengan indikator ini diharapkan dapat mendorong terciptanya manusia Indonesia yang sehat, bebas dari paparan asap rokok, berkualitas, dan produktif.

Untuk memperkuat implementasi KTR, Pemerintah Provinsi Jambi telah menetapkan indikator Renstra yaitu jumlah kabupaten/kota yang menerapkan KTR. Sebanyak 11 kabupaten/kota (100%) telah menerapkan KTR sampai dengan tahun 2025. Keadaan ini sama dengan tahun 2024, dimana penerapan KTR yang dalam bentuk Peraturan Daerah (Perda) baru 9 Kabupaten/Kota dari 11 Kabupaten/Kota. Yang belum dalam bentuk Perda adalah Kabupaten Tebo dan Kabupaten Sarolangun sebagaimana disajikan pada tabel 6.3 berikut.

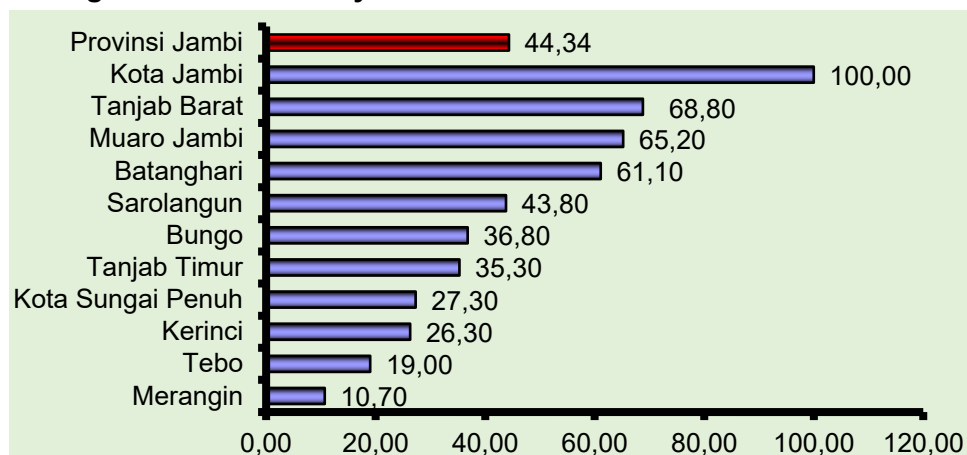
Tabel 6.3
Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)
di Provinsi Jambi Tahun 2025

NO	KAB/KOTA	PERDA	PERBUB	SE
1	2	3	4	5
1	Kota Jambi	3 Thn 2017		
2	Muaro Jambi	5 Thn 2018		
3	Batanghari	8 Thn 2016		
4	Tanjab Timur	5 Thn 2020		
5	Tanjab Barat	10 Thn 2016		
6	Tebo		3 Thn 2017	
7	Bungo	3 Thn 2016		
8	Sarolangun		31 Thn 2013	
10	Sungai Penuh	1 Thn 2015		
11	Kerinci	1 Thn 2018		
	Provinsi Jambi			Instruksi Gub 1 Thn 2008

Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Selain penerapan KTR, pemerintah mengembangkan inovasi berupa Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM). Layanan ini merupakan upaya promotif, preventif dan tatalaksana pengendalian konsumsi rokok dengan membantu masyarakat untuk berhenti merokok dari gejala putus nikotin yang dilaksanakan di FKTP, salah satunya di puskesmas. Puskesmas layanan UBM adalah Puskesmas yang melaksanakan layanan konseling UBM dan melaporkan hasil kegiatan melalui Sistem Informasi PTM. Strategi ini ditempuh untuk menurunkan prevalensi perokok usia 10-21 tahun. Diharapkan, kabupaten/kota di Indonesia menyelenggarakan layanan UBM di > 40% Puskesmas.

Gambar 6.25
Persentase Kabupaten/Kota
Yang Melaksanakan Layanan UBM di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian PTM Bidang P2P, 2025

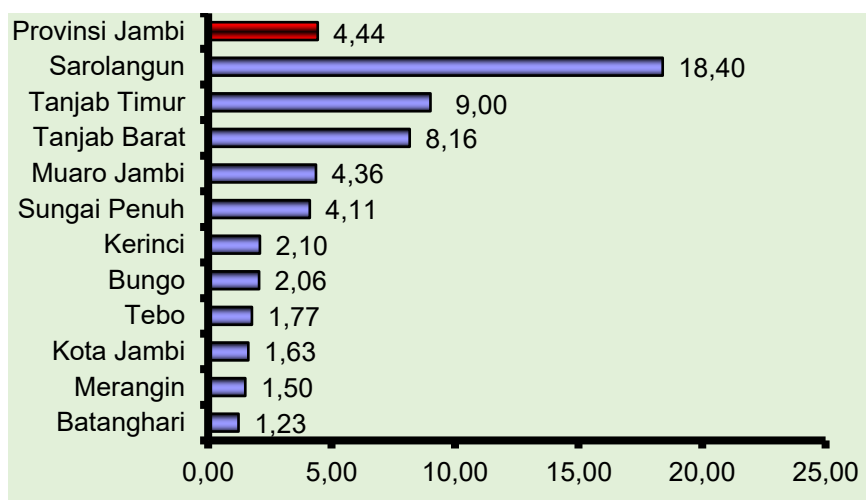
Pada tahun 2025, terdapat 5 kabupaten/kota telah melaksanakan layanan UBM di $\geq 40\%$ Puskesmas. Kabupaten Merangin dengan capaian terendah sebesar 10,7% sementara capaian Provinsi Jambi sebesar 43,34%.

3. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Payudara

Kanker payudara dan kanker leher rahim merupakan dua kanker terbanyak di Indonesia. Kedua jenis kanker ini memiliki angka kematian yang tinggi yang disebabkan terlambatnya deteksi dini. Hampir 70 % pasien kanker dideteksi pada stadium lanjut. Hal ini sangat disayangkan, karena kanker leher rahim dapat ditemukan pada tahap sebelum kanker (lesi prakanker) dengan metode Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) atau papsmear. Deteksi dini kanker payudara dilakukan dengan metode Periksa Payudara Klinis (SADANIS), yaitu pemeriksaan klinis payudara yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih. Angka kematian dan tingginya biaya kesehatan dapat dikurangi dengan deteksi dini yang efektif.

Tahun 2025, sebanyak 25.839 perempuan usia 30-50 tahun atau 4,44% dari sasaran telah menjalani deteksi dini kanker leher rahim (IVA). Persentase pemeriksaan deteksi dini kanker leher Rahim (IVA) sangat bervariasi antara 1,23%-18,40%. Deteksi dini tertinggi dilaporkan oleh Kabupaten Sarolangun sedangkan terendah pada Kabupaten Batanghari sebagaimana pada gambar 6.26 berikut.

Gambar 6.26
Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim (IVA)
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025

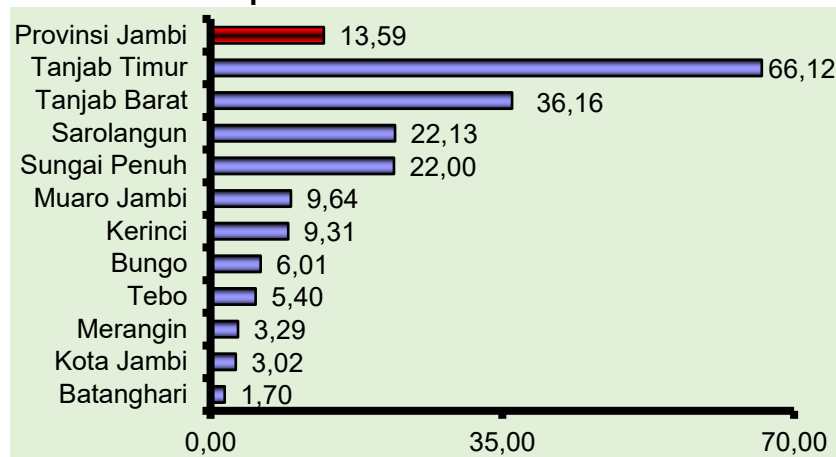


Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Tahun 2025, sebanyak 79.134 perempuan usia 30-50 tahun atau 13,59% dari sasaran telah menjalani deteksi dini kanker payudara (SADANIS). Persentase

pemeriksaan deteksi dini kanker payudara (SADANIS) sangat bervariasi antara 1,70%-66,12%. Deteksi dini tertinggi dilaporkan oleh Kabupaten Tanjung Jabung Timur sedangkan terendah pada Kabupaten Batanghari.

Gambar 6.27
Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker Payudara (SADANIS)
Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2025

Kabupaten dengan cakupan deteksi dini yang rendah dikhawatirkan akan mengalami peningkatan angka kesakitan dan kematian akibat kanker leher rahim. Oleh karena itu diperlukan upaya untuk meningkatkan cakupan deteksi dini di wilayah dengan cakupan yang masih rendah tersebut.

Deteksi dini IVA dan SADANIS menjadi landasan untuk menentukan rujukan bagi pasien yang dicurigai memiliki kanker leher rahim maupun kanker payudara. Deteksi dini kanker leher Rahim dan payudara memiliki empat kategori hasil, yaitu IVA Positif, Benjolan, Curiga Kanker Leher Rahim, dan Curiga Kanker Payudara.

4. Deteksi Dini Gangguan Indra

Upaya penanggulangan gangguan indera dilaksanakan dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Sejalan dengan enam pilar transformasi sistem kesehatan, khususnya untuk mewujudkan transformasi layanan primer pada pengendalian penyakit tidak menular, maka upaya deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran merupakan program utama dalam rangka penemuan kasus secara dini. Upaya ini dilakukan agar kasus yang ditemukan segera mendapatkan intervensi atau penanganan dini untuk menekan angka kesakitan, kematian dan disabilitas akibat gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran.

Deteksi dini gangguan indera adalah kegiatan deteksi dini gangguan penglihatan dan atau gangguan pendengaran merupakan salah satu skrining yang masuk dalam skrining PTM prioritas. Sasaran yang diharapkan adalah pada kelompok usia 7-15 tahun dan >15 tahun. Data deteksi dini gangguan indera diperoleh dari pencatatan dan pelaporan pada pelayanan kesehatan maupun dari kegiatan pengelola program, yang saat ini dilakukan secara sistem melalui Aplikasi Sehat Indonesia-Ku (ASIK) dan Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular (SIPTM) secara terintegrasi. Di era desentralisasi, deteksi dini gangguan indera diharapkan dapat dipenuhi oleh pemerintah kabupaten/kota untuk memenuhi kebutuhan warganya. Kegiatan ini ditetapkan melalui indikator Renstra yaitu jumlah kabupaten/kota melaksanakan deteksi dini gangguan indera 70% dari sasaran deteksi dini.

E. KESEHATAN JIWA DAN NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA DAN ZAT ADIKTIF LAINNYA (NAPZA)

1. Jumlah Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Deteksi Dini Masalah Kesehatan Jiwa Dan Penyalahgunaan NAPZA dan Persentase Penduduk Usia $\geq$ 15 tahun dengan Risiko Masalah Jiwa yang Mendapatkan Skrining.

Deteksi merupakan langkah awal yang penting untuk membawa orang yang sakit mendapatkan pertolongan medis. Semakin cepat suatu penyakit terdeteksi, dalam hal ini gangguan/penyakit jiwa, akan semakin cepat proses diagnosis dan semakin cepat pula pengobatan dapat dilakukan sehingga diharapkan akan memotong perjalanan penyakit dan mencegah hendaya (abnormalitas fungsi seseorang yang dikaitkan dengan perilaku) dan disabilitas.

Program skrining kesehatan jiwa saat ini mulai usia 7 tahun ke atas. Pada program ini menggunakan empat jenis instrumen skrining. Pada kelompok usia 7-9 tahun skrining menggunakan instrumen *Mini Mindhear Youth Scale V.1* (atau *Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ*) versi laporan orang tua/guru, kelompok usia 10-18 tahun skrining menggunakan instrumen *Mini Mindhear Youth Scale V.1* (atau *Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)* yang pengisiannya dilakukan mandiri oleh anak/remaja, pada kelompok usia > 18 tahun dengan menggunakan instrumen *Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20)*, dan skrining penyalahgunaan NAPZA pada kelompok usia mulai 15 tahun ke atas dengan menggunakan instrumen *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*. Penyelenggaraan skrining kesehatan jiwa ini dilaksanakan berbasis masyarakat, berbasis institusi dan berbasis Fasilitas Layanan Kesehatan Primer (FKTP).

Pada tahun 2025, dari pelaporan data deteksi dini diketahui semua kabupaten/kota yang telah menjalankan program skrining. Kategori Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Deteksi Dini Kesehatan Jiwa adalah kabupaten/kota yang telah menerapkan deteksi dini dengan menggunakan instrumen yaitu *SDQ* atau *SRQ-20*, atau *ASS/ST* dan melaporkan data tersebut pada Sistem Informasi Kesehatan Jiwa.

Berdasarkan Permenkes 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 sasaran skrining tidak hanya dibatasi pada kelompok berisiko tertentu (siswa baru/Tingkat akhir, ibu hamil, warga binaan, pekerja shift, dll) namun diperluas menjadi seluruh penduduk usia ≥ 7 tahun tanpa harus menunggu seseorang masuk ke dalam kategori kelompok berisiko tinggi secara spesifik minimal satu kali dalam setahun per individu. Target cakupan bertahap dimulai 10% pada tahun 2025 hingga mencapai 30% pada tahun 2029 dari total populasi.

Berdasarkan data BPS Provinsi Jambi, penduduk usia ≥ 7 tahun berjumlah 3.318.885 orang, penduduk yang dilakukan skrining sebanyak 187.413 orang (5,65%). Dari sejumlah yang dilakukan skrining tersebut, terdapat 2.702 orang (1,44%) yang bermasalah dan 1.410 orang (0,63%) dengan gejala depresi. Kabupaten Muaro Bungo dengan persentase tertinggi dalam melakukan skrining yaitu 11,94% (40.567 org) dari sasaran sebanyak 39.968 orang. Sementara itu, Kota Jambi dengan orang terbanyak masalah kesehatan jiwa sebanyak 2,76% (1.599 org) dari yang diskining sebanyak 57.871 orang (10,14%) dari sasaran sebanyak 570.888 orang, begitupun dengan gejala depresi terbanyak sebesar 1,44% (834 orang) dari 57.871 orang tadi yang dilakukan skrining.

2. Penyalahguna Napza yang Mendapatkan Pelayanan Rehabilitasi Medis

Penyalahguna NAPZA mendapatkan pelayanan rehabilitasi medis di fasilitas Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) di puskesmas. Dari 208 puskesmas, baru 43 puskesmas (20,7%) yang mempunyai IPWL, dan tidak semuanya aktif (39 IPWL) atau 91% IPWL aktif. Sampai Desember tahun 2025 sebanyak 306 (100%) penderita gangguan NAPZA mendapat layanan.

3. Pelayanan Kesehatan Jiwa

a. Persentase Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat yang Mendapatkan Layanan

ODGJ berat adalah orang yang didiagnosis oleh psikiater, dokter, psikolog klinis sebagai penderita Skizofrenia atau Psikosis Akut dan harus mendapat layanan dan penanganan di fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Klinik, RSUD dengan Layanan Keswa, RSJ).

ODGJ berat mendapat pelayanan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan, berupa: pemeriksaan kesehatan jiwa (wawancara psikiatrik dan pemeriksaan status mental), memberikan informasi dan edukasi, tatalaksana pengobatan dan atau melakukan rujukan bila diperlukan.

Berdasarkan laporan dari Seksi Penyakit Tidak Menular tahun 2025 Persentase ODGJ berat yang mendapat layanan sebesar 96,45%. Dari 11 kabupaten/kota yang melaporkan, capaian $\geq 100\%$ sebanyak 7 kabupaten yaitu Kabupaten Kerinci, Sarolangun, Batang Hari, Tanjab Timur, Tanjab Barat, Tebo, dan Sungai Penuh. Sementara capaian terendah terdapat pada Kota Jambi dikarenakan laporan yang disampaikan mengacu pada laporan online SIMKESWA, sementara belum semua data terinput pada laporan online tersebut. Data secara lengkap dapat di lihat pada lampiran tabel 81.

b. Persentase Penderita Depresi Pada Penduduk 15 Tahun Ke Atas yang Mendapatkan Pelayanan

Depresi merupakan salah satu gangguan mood yang ditandai dengan: Gejala mayor (gejala utama):

1. Afek (perubahan perasaan) depresif;
2. Kehilangan minat;
3. Kehilangan energi yang ditandai dengan cepat lelah
4. Gejala minor (gejala tambahan):
5. Konsentrasi atau perhatian yang berkurang;
6. Harga diri maupun kepercayaan diri yang berkurang;
7. Rasa bersalah atau rasa tidak berguna;
8. Memiliki pandangan tentang masa depan yang suram serta pesimistis;
9. Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri;
10. Tidur terganggu;
11. Nafsu makan berkurang;

Gejala tersebut berlangsung terus menerus selama kurun waktu minimal 2 minggu (PPDGJ III). Dikatakan mengalami gangguan depresi apabila memenuhi kriteria 2 gejala mayor ditambah dengan 3 gejala minor.

c. Persentase Gangguan Mental Emosional Pada Penduduk Diatas 15 Tahun yang Mendapatkan Layanan

Gangguan mental emosional (GME) bukan diagnosis gangguan jiwa. GME adalah perubahan dalam pikiran, perasaan dan perilaku yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, tapi tidak dijumpai tanda dan gejala gangguan dalam daya nilai realita. Hendaya atau disfungsi dalam pekerjaan dan kehidupan sehari-hari juga tidak di temukan. Secara umum GME juga dapat diartikan adanya tekanan emosional atau masalah kesehatan jiwa.

Berdasarkan laporan hasil Riskesdas 2018 diketahui prevalensi GME pada penduduk Indonesia sebesar 9,8%. Hal tersebut menunjukkan masih tingginya masalah GME di Indonesia. Prevalensi tertinggi terjadi pada kelompok usia > 75 tahun sebesar 15,8% dan terendah pada usia 25 – 24 tahun sebesar 8,5%. Sedangkan menurut jenis kelamin prevalensi pada perempuan (12,1%) lebih tinggi dibanding laki-laki (7,6%). Meskipun tidak menyebabkan kematian secara langsung namun GME dapat mempengaruhi aktifitas sehari-hari yang berdampak terhadap menurunnya produktifitas.

F. DAMPAK KESEHATAN AKIBAT BENCANA

Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, bencana dikategorikan menjadi bencana alam, bencana non alam, dan bencana sosial. Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor. Bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa non alam antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit. Sedangkan, bencana social adalah bencana yang diakibatkan oleh manusia meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat dan teror.

Provinsi Jambi, seperti wilayah Indonesia lainnya merupakan daerah yang rawan terhadap bencana, baik bencana alam maupun karena ulah manusia hingga kedaruratan kompleks. Semua hal tersebut jika terjadi akan menimbulkan krisis

kesehatan antar lain timbulnya korban massal, konsentrasi massa/pengungsian, masalah pangan dan gizi, masalah ketersediaan air bersih, masalah sanitasi lingkungan, terganggunya pengawasan vektor, penyakit menular, lumpuhnya pelayanan kesehatan, serta kelangkaan tenaga kesehatan dan diskoordinasi. Kejadian bencana ada yang dapat dicegah namun ada pula yang tidak mungkin dihilangkan sama sekali, dengan kata lain, hanya pengurangan dampak yang dapat dilakukan. Semakin berkurangnya dampak bencana, semakin kecil pula risiko krisis kesehatan yang akan muncul.

Sebagai bagian dari unit kesehatan utama yang berperan bila terjadi krisis kesehatan, maka Program Krisis Kesehatan sudah melakukan upaya yang paling optimal dalam melakukan koordinasi, memfasilitasi, ataupun memberikan bantuan kesehatan (melalui Satgaskes dan Brigade Siaga Bencana) jika terjadi krisis kesehatan ataupun bencana yang menyebabkan institusi kesehatan terlibat.

Selama tahun 2025, kejadian krisis kesehatan akibat bencana terdapat 37 kejadian, dengan kejadian terbesar berupa banjir diikuti oleh kebakaran pemukiman dan angin puting beliung. Kejadian tahun 2025 ini turun dibandingkan dengan kejadian krisis kesehatan pada tahun sebelumnya, yang disajikan pada tabel 6.4 berikut.

Tabel 6.4
Jumlah Kejadian Krisis Kesehatan Akibat Bencana
di Provinsi Jambi Tahun 2019-2025

Jenis Kejadian Krisis Kesehatan Akibat Bencana	Jumlah Kejadian Bencana Tahun						
	2019 (kali)	2020 (kali)	2021 (kali)	2022 (kali)	2023 (kali)	2024 (kali)	2025 (kali)
1	2	3	4	5	6	7	8
Karhutla (Hot Spot)	242 (titik)	122 (titik)	44 (titik)	0	0	0	0
Kebakaran Pemukiman	58	25	33	5	8	5	14
KLB Penyakit	0	0	0	0	0	0	0
KLB Keracunan Pangan	0	0	0	0	0	0	0
Banjir	21	164	31	42	13	42	16
Banjir ROB	1	0	0	0	0	0	0
Banjir Bandang	4	0	3	0	0	0	0
Puting Beliung	6	9	36	0	3	0	5
Angin Kencang	1	0	0	0	0	0	0
Longsor	11	9	29	0	0	0	1
Kabut Asap	0	0	0	0	0	0	0
Konflik Sosial	0	0	0	0	0	0	0
Lahar Dingin	1	0	0	0	0	0	0
Abrasi				0	0	0	1

Sumber :Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang P2P, 2025

G. PELAYANAN KESEHATAN HAJI

Undang-Undang Nomor 8 tahun 2019 tentang penyelenggaraan ibadah haji dan umrah menyatakan bahwa penyelenggaraan ibadah haji bertujuan untuk memberikan pembinaan, pelayanan, dan perlindungan yang sebaik-baiknya kepada jemaah haji agar dapat menunaikan ibadahnya sesuai dengan ketentuan ajaran Agama Islam. Pembinaan, pelayanan dan perlindungan yang diberikan kepada jemaah haji, bukan saja dari aspek umum dan ibadah, tetapi juga dari aspek kesehatan jemaah haji itu sendiri.

Dalam rangka menjamin kesiapan jemaah sebelum keberangkatan, diperlukan adanya kesiapan baik fisik, mental maupun spiritual. Sejak tahun 2018, penyelenggaraan kesehatan haji Indonesia mulai menerapkan konsep Istithaah yang ditandai dengan terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2016 tentang Istithaah Kesehatan Jemaah Haji. Permenkes ini membawa konsekuensi bahwa penyelenggaraan kesehatan haji mengedepankan pembinaan kesehatan untuk memperkuat pelayanan dan perlindungan kesehatan haji. Untuk itu upaya pembinaan sudah harus dilakukan sedini mungkin yang diawali dengan pemeriksaan kesehatan awal. Berbagai faktor risiko kesehatan dikendalikan melalui pembinaan kesehatan yang berjenjang sampai pada tahap penetapan istithaah kesehatan jemaah haji di tingkat kabupaten.

Penyelenggaraan kesehatan haji di Arab Saudi dilaksanakan oleh Tim Kesehatan Haji Indonesia (TKHI) dan Panitia Penyelenggara Ibadah Haji (PPIH) Arab Saudi Bidang Kesehatan yang terdiri dari Tim Asistensi, Tim Manajerial, Tim Kuratif Rehabilitatif (TKR), Tim Promotif Preventif (TPP), Tim Gerak Cepat (TGC), serta Tim Pendukung Kesehatan (TPK). PPIH Arab Saudi Bidang Kesehatan dengan paradigma penguatan promotif dan preventif tanpa mengesampingkan pelayanan kesehatan (kuratif) serta pola pendekatan deteksi dini kasus kesehatan dan pelayanan emergency respon. Penyelenggaraan kesehatan haji dengan konsep tersebut merupakan konsep operasional kesehatan haji yang telah dilaksanakan pada tahun 2016 -2019.

1. PEMERIKSAAN KESEHATAN JEMAAH HAJI

Wabah penyakit COVID-19 yang awalnya hanya terjadi di Cina pada Desember 2019, kemudian dalam waktu singkat menyebar ke negara-negara lain di seluruh dunia, sehingga organisasi kesehatan dunia (World Health Organization/WHO) menetapkan status Pandemi COVID-19. Hal itu menyebabkan pemerintah Arab Saudi pada tahun 2020 dan 2021 menutup sementara pelaksanaan ibadah haji bagi jemaah haji yang berasal dari luar negeri, ibadah haji hanya dibolehkan untuk penduduk yang

bermukim di wilayah Arab Saudi. Meski demikian, pemerintah Indonesia terus berupaya untuk menyiapkan kesehatan dan kebugaran jemaah haji asal Indonesia selama status pandemi tahun 2020-2021 yang dilakukan dengan cara pemeriksaan dan pembinaan kesehatan bagi jemaah haji.

Indikator penyelenggaraan kesehatan haji adalah cakupan hasil pemeriksaan dan pembinaan kesehatan jemaah haji yang diinput ke dalam Sistem Komputerisasi Haji Terpadu Bidang Kesehatan (Siskohatkes) 1 bulan sebelum operasional haji. Pemeriksaan dan pembinaan kesehatan jemaah haji telah dimulai pada awal tahun 2021. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2016 tentang Istithaah Kesehatan Haji, terdapat tiga tahapan pemeriksaan kesehatan untuk jemaah haji. Setiap proses pemeriksaan dan pembinaan kesehatan jemaah haji menuju istithaah dilakukan oleh tim penyelenggara kesehatan haji di kabupaten/kota.

Pemeriksaan kesehatan tahap pertama merupakan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan kepada calon jemaah haji pada saat hendak mendaftar untuk memperoleh nomor porsi. Pemeriksaan ini menjadi pemeriksaan dasar jemaah haji yang dapat dilaksanakan di puskesmas atau klinik yang telah ditetapkan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan untuk jemaah haji. Pemeriksaan tahap kedua dilakukan ketika jemaah haji berada dalam masa tunggu dan dilakukan paling lambat tiga bulan sebelum pemberangkatan, sedangkan pemeriksaan tahap ketiga dilakukan untuk menetapkan status kesehatan jemaah haji laik atau tidak laik terbang merujuk kepada standar keselamatan penerbangan internasional dan/atau peraturan kesehatan internasional.

Tahun 2025 Provinsi Jambi mendapatkan kuota haji sebanyak 3.084 jemaah regular ditambah 31 orang petugas kloter (petugas kesehatan 16 orang, petugas kemenag 15 orang). Total jemaah dan petugas 3.115 orang. Petugas kloter terdiri dari ketua kloter, pembimbing ibadah dan petugas kesehatan. Pelayanan Kesehatan yang diberikan pada jemaah haji terdiri dari pemeriksaan, pembinaan, dan perlindungan. Pemeriksaan kesehatan dilaksanakan enam bulan sebelum keberangkatan ke Arab Saudi, ini dilakukan di pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit); perlindungan kesehatan berupa vaksinasi *Meningitis Meningococcus* dan influenza (vaksin yang dianjurkan); sedangkan pembinaan kesehatan dengan cara penyuluhan dan pengukuran kebugaran pada jemaah haji. Tahun 2025 jemaah Provinsi Jambi terdiri dari 7 kloter (1 kloter gabungan dengan provinsi Kepulauan Riau), setiap kloter didampingi oleh 5 petugas kloter yang terdiri dari satu dokter, satu paramedis, ketua kloter, pembimbing ibadah, dan petugas haji daerah (PHD) yang bisa ada atau tidak dalam satu kloter. Total jemaah haji yang wafat di Arab Saudi tahun 2025 adalah 13 Orang.

BAB 7

KESEHATAN LINGKUNGAN

Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan bahwa Upaya Kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat secara fisik, kimia, biologi, dan sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Penyelenggaraan kesehatan lingkungan dilakukan melalui upaya penyehatan, pengamanan, dan pengendalian yang dilaksanakan untuk memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan pada media lingkungan. Kesehatan lingkungan diselenggarakan pada lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum. Begitu juga dalam rangka penyelenggaraan kesehatan lingkungan pada proses pengelolaan limbah medis yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan wajib memenuhi persyaratan teknis atau bekerja sama dengan pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan menyatakan bahwa kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Menurut *World Health Organization* (WHO), kesehatan lingkungan meliputi seluruh faktor fisik, kimia, dan biologi dari luar tubuh manusia dan segala faktor yang dapat mempengaruhi perilaku manusia. Kondisi dan kontrol dari kesehatan lingkungan berpotensi untuk mempengaruhi kesehatan.

Kualitas lingkungan yang sehat ditentukan melalui pencapaian atau pemenuhan standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan. Pemantauan dan evaluasi terhadap penyelenggaraan kesehatan lingkungan dilakukan terhadap pelaksanaan kewajiban mewujudkan media lingkungan yang memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan yang dilakukan oleh setiap pengelola, penyelenggara, atau penanggung jawab lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum, hal ini di atur secara detail dalam Permenkes nomor 2 tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan PP nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan.

Standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan ditetapkan pada media lingkungan yang meliputi air, udara, tanah, pangan, sarana dan bangunan, serta vektor dan binatang pembawa penyakit. Pencapaian tujuan penyehatan lingkungan merupakan akumulasi berbagai pelaksanaan kegiatan dari berbagai lintas sektor, peran

swasta dan masyarakat dimana pengelolaan kesehatan lingkungan merupakan penanganan yang paling kompleks. Kegiatan tersebut sangat berkaitan antara satu dengan yang lainnya yaitu dari hulu yang berasal dari kebijakan dan pembangunan fisik dari berbagai lintas sektor ikut serta berperan (perindustrian, lingkungan hidup, pertanian, pekerjaan umum- perumahan rakyat dan lainnya) hingga ke hilir yaitu dampak kesehatan. Kementerian Kesehatan sendiri fokus kepada pengelolaan dampak kesehatan.

A. AIR MINUM

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 2 tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan PP nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan terkait Persyaratan Kualitas Air Minum, air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Air minum yang dikonsumsi masyarakat perlu ditetapkan persyaratan kualitas air minum sehingga tidak menimbulkan gangguan kesehatan. Untuk menjaga kualitas air minum yang dikonsumsi masyarakat, diperlukan pengawasan kualitas air minum baik secara eksternal maupun internal. Pengawasan kualitas air minum secara eksternal dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Pengawasan secara internal dilakukan oleh pelaksana penyelenggara air minum yaitu Badan Usaha Milik Negara/Badan Usaha Milik Daerah (BUMN/BUMD), koperasi, badan usaha swasta, usaha perorangan, kelompok masyarakat, dan/atau individual yang melakukan kegiatan penyediaan air minum.

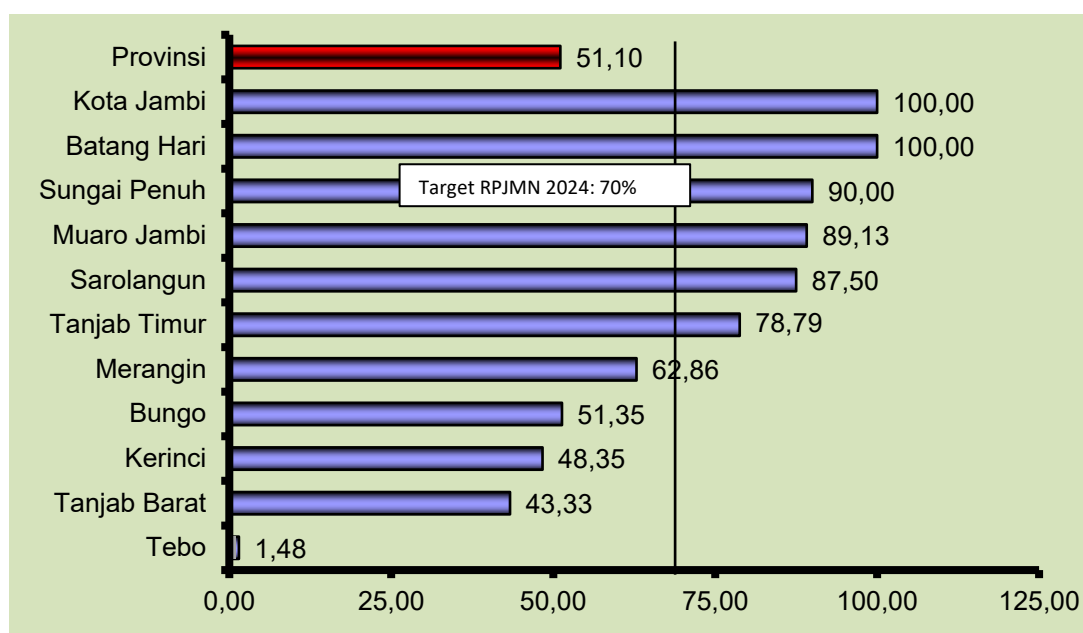
Kegiatan pengawasan kualitas air minum meliputi inspeksi sanitasi, pengambilan sampel air, pengujian kualitas air, analisis hasil pemeriksaan laboratorium, rekomendasi, dan tindak lanjut. Kegiatan yang sudah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dalam pengawasan kualitas air minum dilakukan oleh tenaga Sanitarian Puskesmas.

Pengawasan Kualitas air minum meliputi 2 (dua) aspek yaitu:

1. Sarana air minum diawasi/diperiksa kualitas airnya sesuai standar
Adalah pengawasan terhadap Sarana dan kualitas air tanpa melihat apakah kualitas air sesuai dengan Nilai baku mutu yang dipersyaratkan oleh Kemenkes
2. Sarana air minum diawasi/diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar (aman)
Adalah untuk syarat kualitas air minum disini yang dilihat adalah kinerja dari kegiatan pengawasan itu sendiri dan satu lagi adalah pengawasan eksternal dengan melihat kualitas dari air minum yang di hasilkan yaitu dengan berdasarkan pada jumlah persentase sarana air minum diawasi /diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar (aman) artinya Pengawasan eksternal yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada sarana air minum yang diperiksa kualitasnya dan memenuhi

syarat baku mutu kesehatan lingkungan (BMKL) untuk air minum di antara seluruh jumlah sarana air minum yang ada di Kabupaten Kota.

Gambar 7.1
Persentase Sarana Air Minum Yang Diawasi/Diperiksa Kualitas Air Minumnya Sesuai Standar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



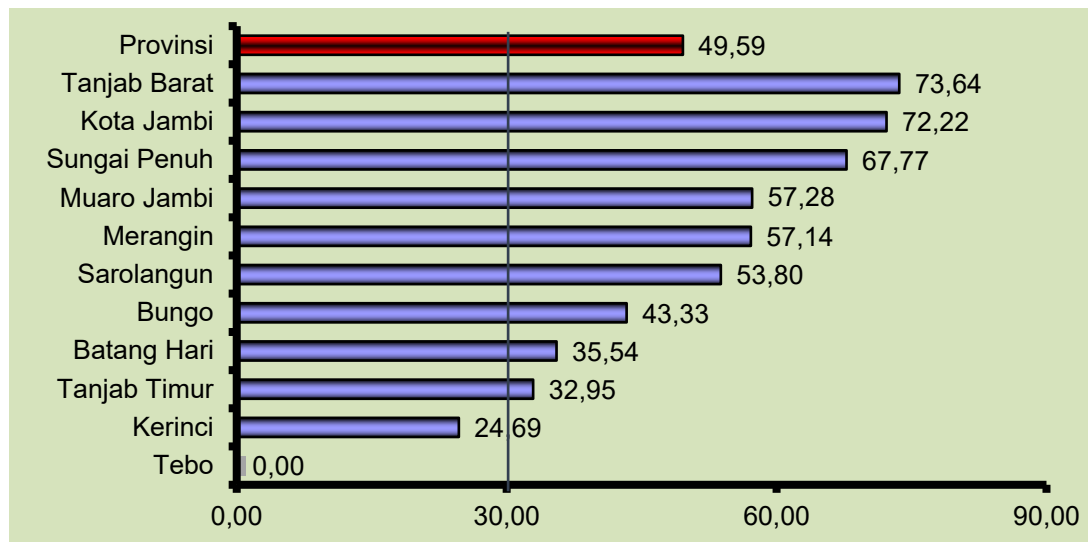
Sumber: Seksi Kesehatan Lingkungan
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Pada tahun 2025, jumlah sarana air minum yang diawasi/diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar sebanyak 279 (51,10%) dari sejumlah 546 sarana air minum dan sebanyak 6 kabupaten/kota dengan capaian $\geq 70\%$. Capaian ini telah memenuhi target Provinsi Jambi tahun 2025 yang ditetapkan sebanyak 6 kabupaten/kota dengan kualitas air minum pada sarana air minum memenuhi syarat ($\geq 70\%$ sarana air minum memenuhi parameter E. Coli) sebagaimana gambar 7.1 di atas.

Sedangkan aspek selanjutnya, kualitas air minum rumah tangga dalam surveilans kualitas air minum rumah tangga (SKAMRT) memenuhi syarat di Provinsi Jambi tahun 2025

Pada tahun 2025, jumlah rumah tangga dengan kualitas air minum memenuhi syarat sebanyak 1.632 (49,59%) dari sejumlah 3.291 rumah tangga dalam SKAMRT dan sebanyak 9 kabupaten/kota dengan capaian $\geq 30\%$. Capaian ini telah memenuhi target Provinsi Jambi tahun 2025 yang ditetapkan sebanyak 4 kabupaten/kota sebagaimana gambar 7.2 berikut dan lampiran tabel 83.

Gambar 7.2
Persentase Rumah Tangga dengan Air Minum Memenuhi Syarat
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Lingkungan
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

B. AKSES SANITASI LAYAK

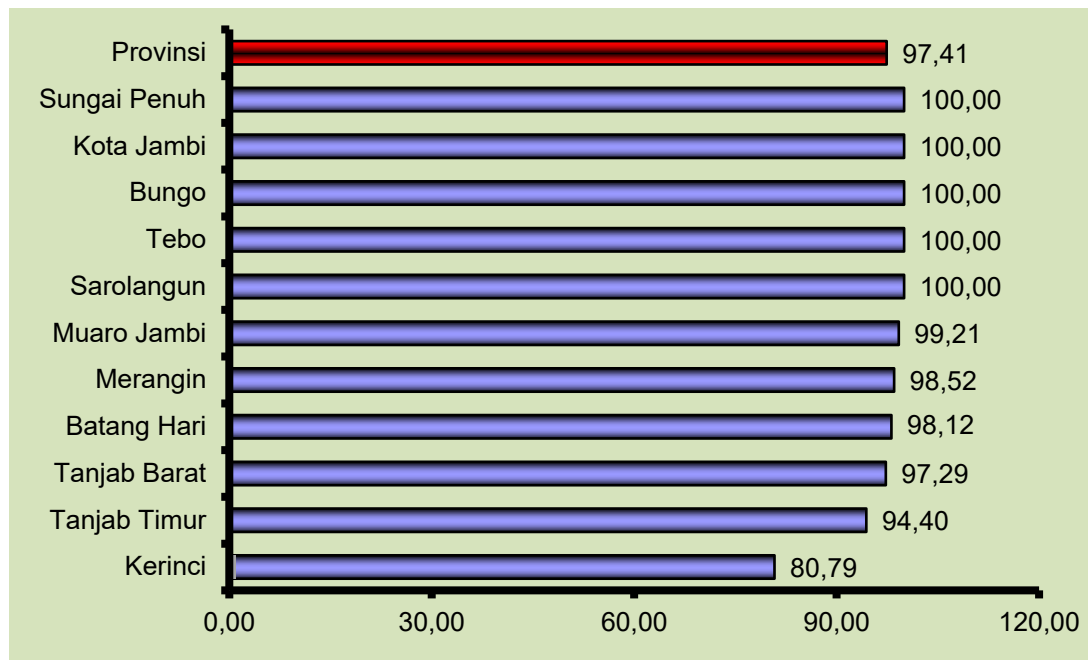
Sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Definisi sanitasi dari WHO merujuk kepada penyediaan sarana dan pelayanan pembuangan limbah kotoran manusia seperti *urine* dan *faeces*. Istilah sanitasi juga mengacu kepada pemeliharaan kondisi higienis melalui upaya pengelolaan sampah dan pengolahan limbah cair. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya beberapa penyakit.

Strategi penyelenggaraan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang meliputi penciptaan lingkungan yang kondusif, peningkatan kebutuhan sanitasi dan peningkatan penyediaan akses sanitasi. Peningkatan penyediaan layanan sanitasi secara khusus diprioritaskan untuk meningkatkan dan mengembangkan percepatan penyediaan akses dan layanan sanitasi yang aman dan layak bagi seluruh masyarakat sebagai bagian dari target pembangunan kesehatan dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs).

Pendataan yang dilakukan oleh Sanitarian Puskesmas meliputi Kepala Keluarga (KK). Pendataan tersebut meliputi kepemilikan dan penggunaan fasilitas sanitasi yang dikategorikan menjadi akses sanitasi aman, akses sanitasi layak sendiri, dan akses sanitasi

layak bersama. Hasil pendataan ini menjadi dasar dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi program kesehatan lingkungan serta percepatan pencapaian target akses sanitasi aman dan layak di wilayah kerja puskesmas yang tergambar dalam gambar 7.3 berikut.

Gambar 7.3
Persentase Keluarga Dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi Yang Layak
(Jamban Sehat) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Lingkungan
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Persentase keluarga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak/jamban sehat di Provinsi Jambi tahun 2025 adalah 97,41% sedangkan yang belum mengakses sebesar 2,59% dari 1.029.255 kepala keluarga. Secara umum, sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Jambi telah memiliki cakupan akses sanitasi layak yang cukup baik. Namun demikian, masih diperlukan upaya percepatan melalui penguatan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), peningkatan akses sarana sanitasi layak, serta kolaborasi lintas sektor terutama pada daerah dengan capaian rendah agar target akses sanitasi layak yang merata di seluruh wilayah dapat tercapai. Rincian lengkap mengenai keluarga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak/jamban sehat dapat dilihat pada lampiran tabel 84.

Untuk memenuhi hak asasi manusia, setiap penduduk idealnya memiliki akses ke sanitasi layak. Menurut Statistik Indonesia, BPS (2024), definisi rumah tangga yang memiliki akses sanitasi layak adalah fasilitas sanitasi yang memenuhi syarat kesehatan, antara lain:

- a. Kloset menggunakan leher angsa, tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki septic (*septic tank*) atau Instalasi/ Sistem Pengolahan Air Limbah (IPAL/SPAL), dan fasilitas sanitasi tersebut digunakan oleh rumah tangga sendiri, bersama dengan rumah tangga lain tertentu, ataupun di Mandi Cuci Kakus (MCK) komunal.
- b. Untuk daerah perdesaan, jika kloset menggunakan leher angsa, tempat pembuangan akhir tinja ke tangki septic atau Instalasi/Sistem Pengolahan Air Limbah (IPAL/SPAL) atau lubang tanah dan fasilitas sanitasi tersebut digunakan oleh rumah tangga sendiri, bersama dengan rumah tangga tertentu, ataupun di MCK Komunal.

Pentingnya akses sanitasi layak di semua kalangan masyarakat berkaitan erat dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

C. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)

Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) juga merupakan bagian penting dalam mendukung agenda pembangunan nasional sebagaimana tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2025–2045 yang menargetkan terwujudnya Indonesia Maju melalui peningkatan kualitas sumber daya manusia, penguatan pembangunan kesehatan, dan penyediaan infrastruktur dasar yang berkelanjutan. Sanitasi yang aman dan berkelanjutan menjadi salah satu prasyarat dalam menciptakan lingkungan yang sehat, meningkatkan produktivitas masyarakat, serta mendukung pembangunan yang inklusif dan berdaya saing.

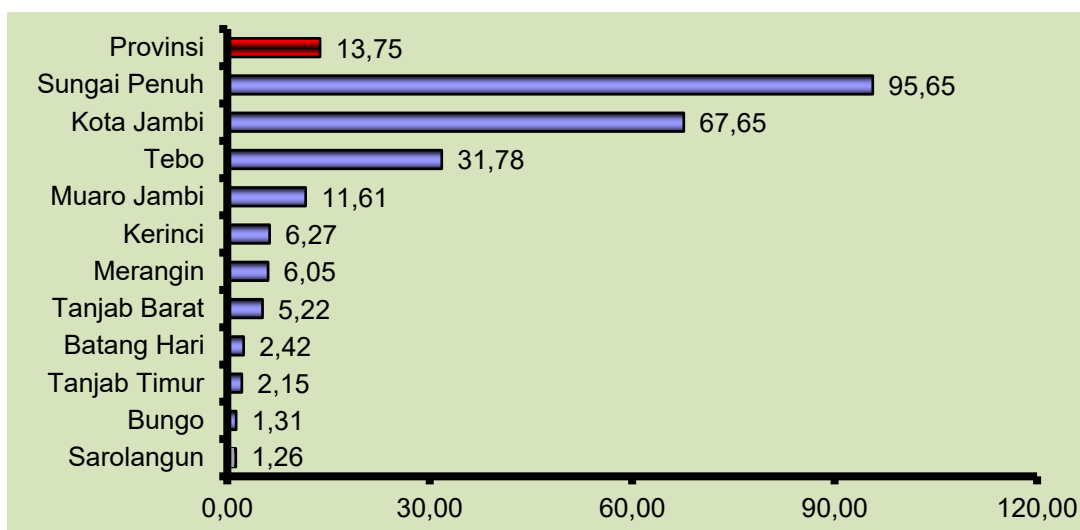
Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025–2029, pembangunan kesehatan diarahkan pada penguatan upaya promotif dan preventif, termasuk percepatan peningkatan akses masyarakat terhadap sanitasi yang aman dan berkelanjutan. STBM menjadi salah satu strategi nasional untuk mewujudkan transformasi layanan kesehatan primer melalui perubahan perilaku masyarakat dan peningkatan kualitas lingkungan yang mendukung pencegahan penyakit berbasis lingkungan.

Pelaksanaan STBM berkontribusi langsung terhadap pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs) Tahun 2030, khususnya Tujuan 6 yaitu menjamin ketersediaan serta pengelolaan air minum dan sanitasi yang berkelanjutan untuk semua. Melalui implementasi lima pilar STBM, diharapkan seluruh masyarakat dapat memperoleh akses terhadap sanitasi yang layak dan aman, mengakhiri praktik buang air besar sembarangan, meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta mengurangi pencemaran lingkungan yang berdampak pada kesehatan masyarakat.

STBM merupakan pendekatan perubahan perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan untuk menciptakan kondisi sanitasi total. Pendekatan ini bertujuan mendorong masyarakat agar mampu mengenali, menganalisis, dan mengambil tindakan secara mandiri dalam menyelesaikan permasalahan sanitasi di lingkungannya. Pelaksanaan STBM berfokus pada perubahan perilaku masyarakat melalui lima pilar, yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT), dan Pengelolaan Limbah Cair Domestik Rumah Tangga (PLCDRT).

Sejalan dengan Pedoman STBM Revisi II Tahun 2026, indikator program STBM tidak lagi menggunakan indikator Desa Melaksanakan STBM maupun Desa SBS, melainkan menggunakan indikator yang lebih berorientasi pada capaian perilaku dan kondisi sanitasi rumah tangga. Indikator tersebut meliputi: (1) Desa STBM, yaitu kondisi ketika desa/kelurahan telah mencapai 100% Kepala Keluarga (KK) Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) di tempat terbuka, minimal 75% KK telah menerapkan pilar CTPS, PAMMRT, dan PSRT, serta minimal 30% KK telah menerapkan pilar Pengelolaan Limbah Cair Domestik Rumah Tangga (PLCDRT). Melalui pendekatan tersebut, keberhasilan program STBM tidak hanya diukur dari status desa, tetapi lebih menekankan pada perubahan perilaku dan peningkatan kualitas sanitasi pada tingkat rumah tangga yang berkontribusi langsung terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat, penurunan penyakit berbasis lingkungan, serta terwujudnya lingkungan yang bersih, sehat, dan berkelanjutan.

Gambar 7.4
Persentase Desa/Kelurahan Melaksanakan STBM
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



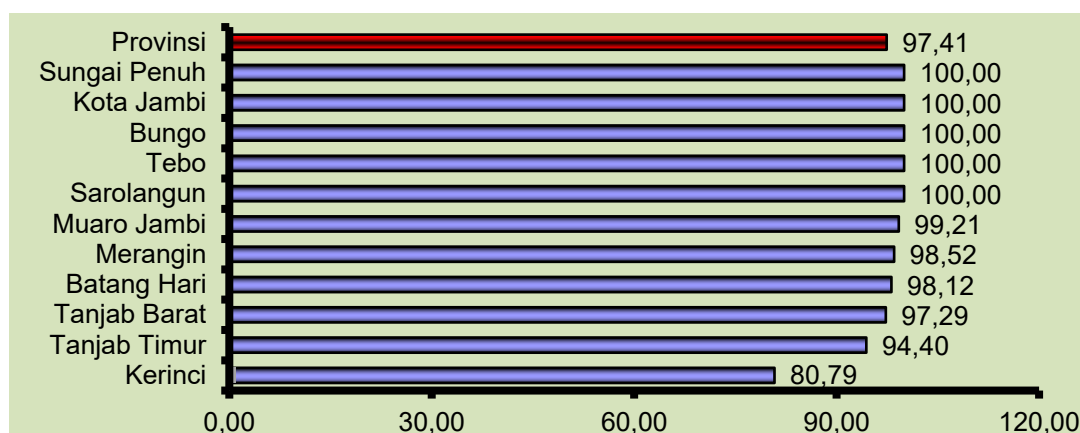
Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Persentase desa/kelurahan yang telah mencapai status Desa 5 Pilar STBM di Provinsi Jambi tahun 2025 sebesar 13,75% (218 desa) dari 1.586 desa/kelurahan. Kota Sungai Penuh, Kota Jambi, dan Kabupaten Tebo merupakan 3 kabupaten dengan capaian yang baik dari kabupaten/kota lainnya. Ketiga daerah tersebut menunjukkan komitmen dan keberhasilan yang cukup baik dalam mendorong perubahan perilaku masyarakat melalui penerapan lima pilar STBM secara komprehensif. Sementara untuk kabupaten/kota lainnya diperlukan penguatan pemicuan, pendampingan masyarakat, pengembangan natural leader, serta dukungan lintas sektor dan pemerintah daerah untuk mempercepat penerapan seluruh pilar STBM.

Pencapaian Desa 5 Pilar STBM merupakan indikator penting dalam mendukung target pembangunan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam RPJPN 2025–2045, RPJMN 2025–2029, dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2030, khususnya Tujuan 6 tentang akses air minum dan sanitasi yang aman dan berkelanjutan. Semakin banyak desa/kelurahan yang mencapai status Desa 5 Pilar STBM, semakin besar kontribusinya terhadap peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, penurunan penyakit berbasis lingkungan, serta terwujudnya lingkungan permukiman yang sehat dan berkelanjutan.

Namun demikian, capaian Desa 5 Pilar STBM yang dilaporkan masih perlu didukung dengan kelengkapan dokumen verifikasi sesuai Pedoman STBM Revisi II Tahun 2026. Dokumen dimaksud meliputi Berita Acara Desk Data STBM serta Berita Acara Verifikasi 5 Pilar STBM yang telah dilakukan secara berjenjang di tingkat desa/kelurahan dan kabupaten/kota. Kelengkapan data dukung tersebut penting untuk memastikan validitas, akurasi, dan akuntabilitas capaian yang dilaporkan, sehingga status Desa 5 Pilar STBM benar-benar mencerminkan kondisi riil penerapan lima pilar STBM di masyarakat.

Gambar 7.5
Persentase Kepala Keluarga (KK) Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



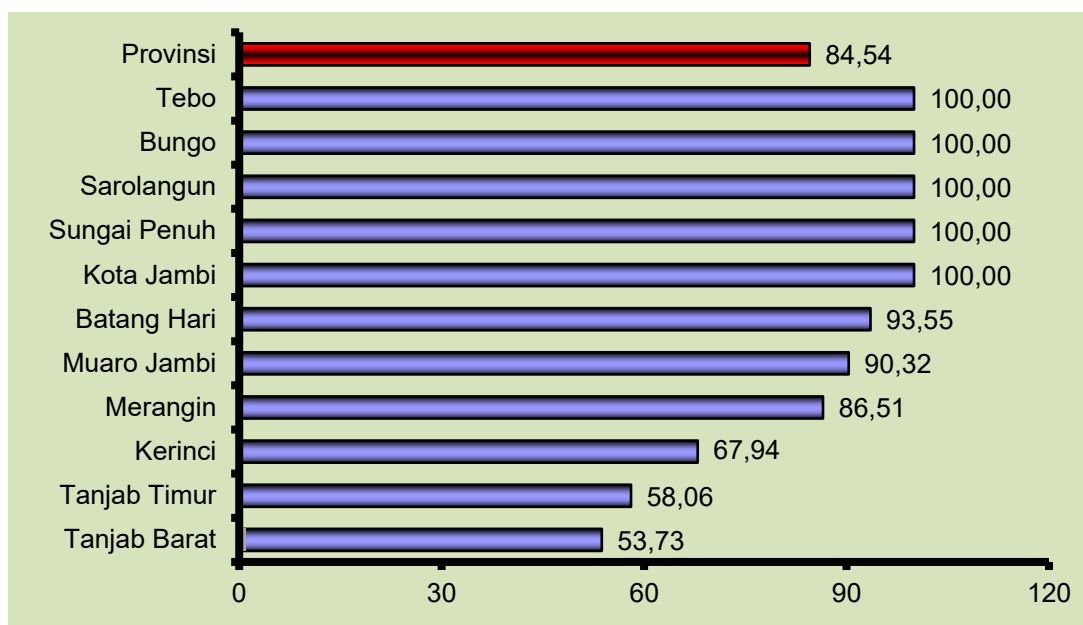
Sumber: Seksi Kesehatan Lingkungan
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Kepala keluarga (KK) Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) adalah Kepala Keluarga tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit dan pembuangan akhirnya tidak mencemari lingkungan. Kepala keluarga ini mencakup kriteria sanitasi aman, sanitasi layak sendiri, sanitasi layak bersama, belum layak dan buang besar sembarangan di tempat tertutup.

Persentase keluarga SBS tahun 2025 adalah 97,41%. Dari 11 kabupaten/kota, terdapat 5 kabupaten/kota dengan capaian 100%. Sedangkan kabupaten dengan capaian terendah adalah Kerinci sebagaimana disajikan pada tabel 7.5 dan lampiran tabel 85.

Secara umum, capaian Provinsi Jambi menunjukkan kemajuan yang sangat baik dalam pelaksanaan Pilar 1 STBM. Namun demikian, masih diperlukan upaya percepatan melalui pemicuan STBM, peningkatan akses jamban sehat, penguatan peran pemerintah desa, serta pendampingan masyarakat pada wilayah yang belum mencapai 100% KK SBS guna mewujudkan target 0% BABS sesuai sasaran pembangunan kesehatan dan sanitasi tahun 2025.

Gambar 7.6
Persentase Desa/Kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Lingkungan
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

Desa/Kelurahan SBS adalah desa/kelurahan yang seluruh KK nya tidak lagi melakukan praktik buang air besar sembarangan di tempat terbuka melalui proses verifikasi. Status SBS dicapai melalui perubahan perilaku masyarakat secara kolektif menuju gaya hidup hygiene dan sanitasi yang lebih baik, termasuk penggunaan fasilitas sanitasi yang

memadai dan tidak lagi melakukan buang air besar di ladang, sungai, atau area terbuka lainnya.

Di Provinsi Jambi, persentase desa/kelurahan SBS tahun 2025 adalah 84,54%, dimana Kabupaten Tanjab Barat dengan capaian terendah. Kabupaten dengan capaian rendah menjadi prioritas percepatan melalui penguatan pemicuan STBM, peningkatan akses jamban sehat, verifikasi desa SBS, serta dukungan lintas sektor agar target SBS dapat tercapai secara merata. Secara umum, capaian Provinsi Jambi menunjukkan perkembangan positif, tetapi masih terdapat kesenjangan antar kabupaten/kota sehingga diperlukan percepatan terutama pada wilayah yang berada di bawah target 80%.

Desa/Kelurahan Stop BABS (SBS) dalam pilar STBM dapat mencapai status SBS dengan indikator sebagai berikut:

1. Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat (termasuk di sekolah).
2. Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar.
3. Ada penerapan sanksi, peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat.
4. Ada mekanisme pemantauan umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat.
5. Ada upaya atau strategi yang jelas untuk dapat mencapai sanitasi total.

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014, strategi penyelenggaraan STBM meliputi 3 (tiga) komponen yang saling mendukung satu dengan yang lain, yang disebut dengan 3 Komponen Sanitasi Total adalah:

1. Penciptaan lingkungan yang kondusif (*enabling environment*);
2. Peningkatan kebutuhan sanitasi (*demand creation*);
3. Peningkatan penyediaan akses sanitasi (*supply improvement*).

D. TEMPAT DAN FASILITAS UMUM (TFU) YANG DILAKUKAN PENGAWASAN SESUAI STANDAR

TFU adalah lokasi, sarana, dan prasarana antara lain: fasilitas kesehatan; fasilitas pendidikan; tempat ibadah; hotel; rumah makan dan usaha lain yang sejenis; sarana olahraga; sarana transportasi darat, laut, udara, dan kereta api; stasiun dan terminal; pasar dan pusat perbelanjaan; pelabuhan, bandar udara, dan pos lintas batas darat negara; dan tempat dan fasilitas umum lainnya. Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar adalah TFU yang dilakukan pengawasan dengan menggunakan formulir Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) di wilayah Puskesmas dalam

kurun waktu 1 tahun. Ruang lingkup pengawasan pada TFU dilakukan pada Sekolah, Pasar, Tempat Ibadah, Terminal, Bandara, Pelabuhan dan Akomodasi (hotel), yaitu:

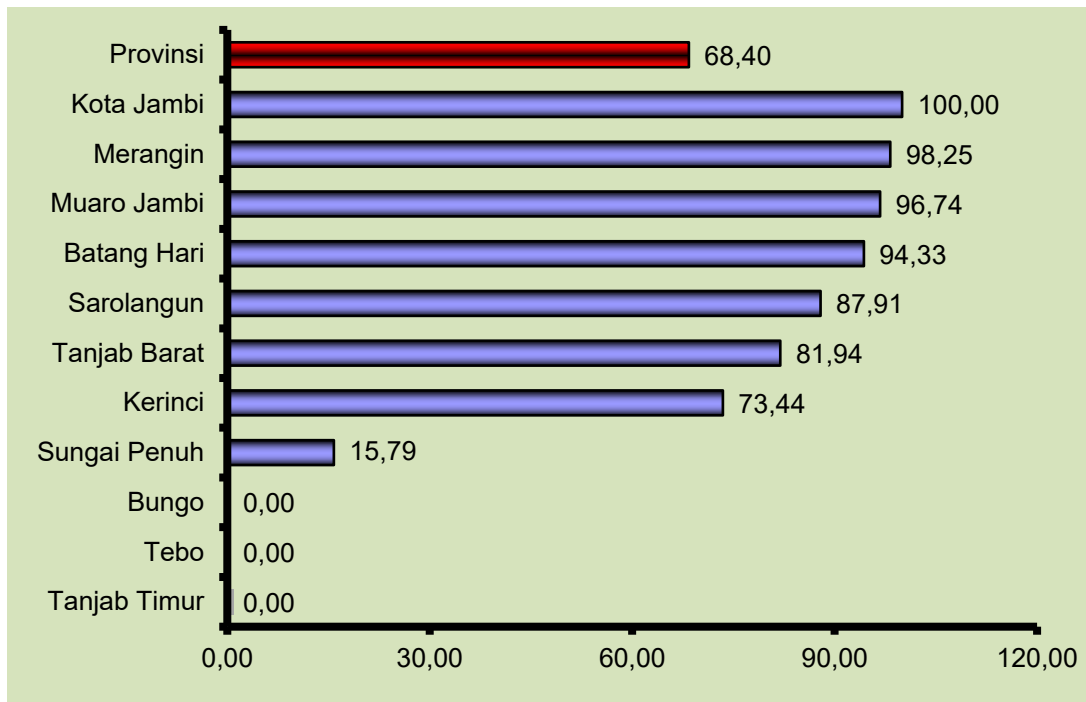
1. Sekolah yang dimaksud adalah sekolah yang dimiliki oleh pemerintah dan swasta yang terdiri dari SD/MI dan SMP/MTs yang terdaftar di Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan Kementerian Agama;
2. Puskesmas yang dimaksud adalah yang berada di wilayah kerjanya;
3. Pasar adalah pasar rakyat yang telah dilakukan revitalisasi dan terdaftar di Kementerian Perdagangan;
4. Tempat Ibadah yaitu Masjid, Gereja, Wihara, KLenteng dan tempat ibadah lainnya;
5. Terminal, Bandara dan Pelabuhan yang melayani penumpang dilengkapi dengan sarana dan prasarana;
6. Akomodasi adalah hotel Bintang dan hotel Melati;

TFU dinyatakan telah dilakukan pengawasan sesuai standar apabila telah dilakukan IKL dengan mengisi form yang sudah ditentukan dan melakukan pengukuran kualitas lingkungan dengan peralatan pendukung (*Sanitarian Kit*) yang tersedia di Puskesmas atau dinas kesehatan kabupaten/kota dengan tujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko penyakit akibat lingkungan dan selanjutnya memberikan rekomendasi hasil pengawasan tersebut pada sektor terkait untuk dilakukan perbaikan dan peningkatan kualitas lingkungan dalam upaya mewujudkan TFU yang bersih, aman, nyaman dan sehat.

Pengawasan sesuai standar yang dimaksud adalah kunjungan untuk mengetahui faktor risiko kesehatan lingkungan dengan menggunakan formulir IKL melalui pengamatan fisik media lingkungan, pengukuran media lingkungan dan analisis risiko kesehatan lingkungan serta rekomendasi perbaikan.

Persentase TFU yang dilakukan pengawasan sesuai standar pada tahun 2025 adalah 68,40%. Capaian ini telah memenuhi target nasional yang ditetapkan yaitu 30% TFU yang memenuhi syarat pada tahun 2025, namun masih terdapat kabupaten/kota dengan capaian di bawah 30%. Rincian lengkap persentase TFU yang dilakukan pengawasan sesuai standar tahun 2025 dapat dilihat pada gambar berikut dan lampiran tabel 86.

Gambar 7.7
Persentase Tempat dan Fasilitas Umum (TFU)
Yang Dilakukan Pengawasan Sesuai Standar
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Lingkungan
Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jambi, 2025

E. TEMPAT PENGELOLAAN PANGAN (TPP)

Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) adalah segala sarana atau tempat yang digunakan untuk menyiapkan, mengolah, mengemas, menyimpan, menyajikan dan/atau mengangkut pangan olahan siap saji baik yang bersifat komersial maupun non komersial, seperti rumah makan, restoran, jasa boga (catering), industri makanan, kantin, dan usaha makanan jajanan. TPP sangat penting untuk memastikan keamanan dan hygiene sanitasi pangan, sehingga makanan yang dihasilkan aman untuk dikonsumsi oleh masyarakat.

Tujuan TPP adalah; (1) Pengawasan dan pembinaan, untuk memastikan tempat pengelolaan pangan memenuhi standar kesehatan dan keamanan pangan; (2) Menjamin keamanan pangan, untuk mencegah risiko penyakit yang dibawa oleh makanan (*food borne disease*) melalui pengelolaan yang benar, dan (3) Menerapkan Hygiene sanitasi, untuk mengendalikan faktor-faktor di tempat, orang, makanan, dan peralatan yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan.

Kegiatan pada TPP berupa; (1) Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL), merupakan kegiatan pemantauan rutin oleh dinas kesehatan untuk memastikan TPP memenuhi persyaratan kesehatan; (2) Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi (SLHS), merupakan bukti tertulis yang dikeluarkan pemerintah untuk TPP yang telah memenuhi standar higiene sanitasi pangan, dan (3) Label pengawasan, merupakan pemberian tanda atau label pada TPP yang menunjukkan bahwa tempat tersebut telah memenuhi standar keamanan pangan, memberikan informasi pada konsumen.

Berikut Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang wajib mempunyai SLHS dan Label Pengawasan;

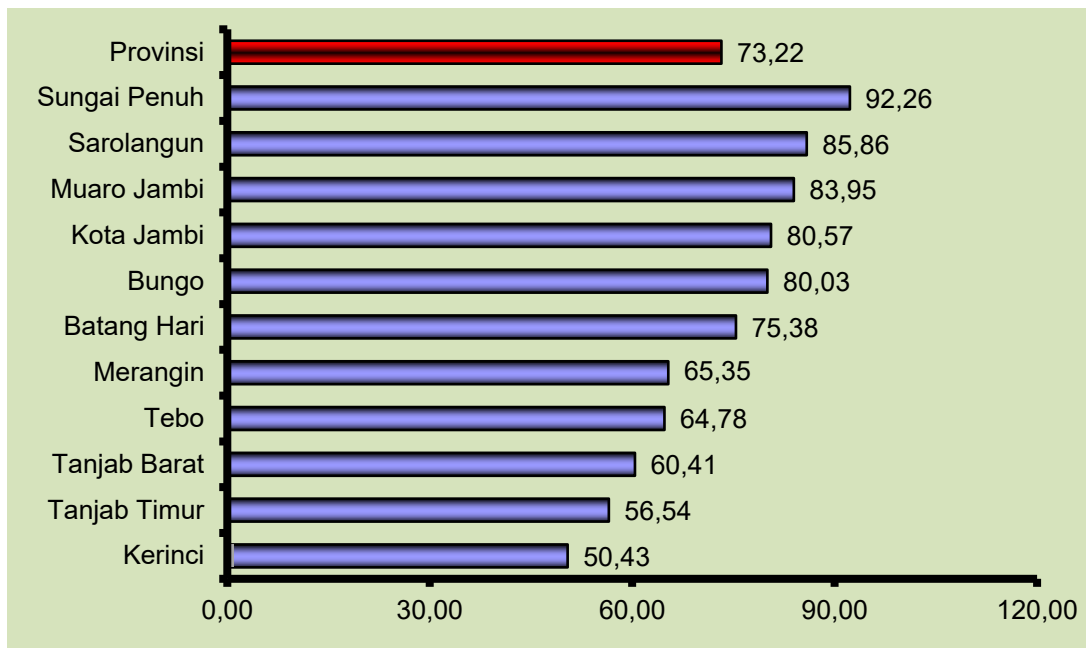
1. Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang wajib memiliki SLHS sebagai berikut:
 - a. Restoran, termasuk restoran waralaba dan restoran yang memiliki cabang (KBLI 5601)
 - b. Penyediaan Jasa boga periode tertentu (KBLI 56290)
 - c. Jasa boga untuk suatu event tertentu (KBLI 56210)
 - d. Industri Tempe Kedelai (KBLI 10391)
 - e. Industri Tahu Kedelai (KBLI 10392)
 - f. Industri Air minum isi ulang (Depot Air Minum) (KBLI 11052)
2. Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang wajib memiliki Label Pengawasan sebagai berikut:
 - a. Rumah makan golongan A1 dan A2
 - b. Gerai pangan jajanan
 - c. Gerai pangan jajanan keliling golongan A1, A2, dan B
 - d. Dapur gerai pangan
 - e. Sentra pangan jajanan/kantin dan sejenisnya

Sertifikat Laik Higiene Sanitasi (SLHS) akan diperoleh oleh suatu badan usaha jika memenuhi:

1. Hasil Inspeksi Kesehatan lingkungan (IKL) dengan nilai kesesuaian 80
2. Hasil pemeriksaan sampel makanan minuman secara mikrobiologi (*e-coli*) dan Kimia (*Borax*, *formalin*, *rhodamine B*, dan *methanil yellow*) memenuhi persyaratan kesehatan.
3. Pelatihan keamanan pangan siap saji bagi penjamah dan pengelola makanan.

Hasil upaya pembinaan/pengawasan (IKL) petugas puskesmas dalam kegiatan penyehatan pangan diinput ke dalam aplikasi e-monev sehingga bisa diakses melalui e-monev RBI.

Gambar 7.8
Persentase Tempat Pengolahan Pangan (TPP)
Yang Memenuhi Syarat Sesuai Standar
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2025



Sumber: Seksi Kesehatan Lingkungan
Bidang Kesehatan Masyarakat, 2025

Persentase TPP yang memenuhi syarat sesuai standar pada tahun 2025 adalah 73,22%, dimana telah memenuhi target pada tahun 2025 sebesar 68%. Terdapat 6 kabupaten/Kota dengan yang mencapai target, Kota Sungai Penuh dengan capaian tertinggi TPP yang memenuhi syarat sesuai standar (92,26), sedangkan kabupaten dengan capaian terendah adalah Kabupaten Kerinci (50,43%). Rincian lengkap tentang persentase TPP yang memenuhi syarat sesuai standar tahun 2025 dapat dilihat pada Lampiran 87.

F. KABUPATEN/ KOTA SEHAT

Mengacu pada Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat, Kabupaten/ Kota Sehat (KKS) adalah suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman, dan sehat untuk dihuni penduduk yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah. Dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan yang tertuang dalam PMK nomor 13 tahun 2022, indikator jumlah Kabupaten/Kota Sehat didefinisikan sebagai Kabupaten/kota yang melaksanakan seluruh

tatanan, memiliki SK Tim Pembina, Memiliki SK forum, rencana kerja dan mempunyai laporan hasil verifikasi oleh tim pembina tingkat provinsi.

Penyelenggaraan KKS dilakukan melalui berbagai kegiatan dengan memberdayakan masyarakat yang difasilitasi oleh Pemerintah Kabupaten/Kota. Untuk mewujudkannya dilaksanakan melalui forum atau dengan memfungsikan lembaga masyarakat yang ada. Forum tersebut “Forum Kabupaten/Kota Sehat” atau sebutan lain yang serupa sampai tingkat kecamatan dan desa/kelurahan.

Berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus, tatanan KKS dikelompokkan menjadi:

1. Kehidupan masyarakat sehat mandiri;
2. Permukiman dan fasilitas umum;
3. Satuan pendidikan;
4. Pasar;
5. Perkantoran dan perindustrian;
6. Pariwisata;
7. Transportasi dan tertib lalu lintas jalan;
8. Perlindungan sosial; dan
9. Penanggulangan bencana.

KKS yang memenuhi kriteria akan diberikan Penghargaan Kabupaten/Kota Sehat (*Swasti Saba*) dalam periode dua tahun sekali. Seleksi usulan Kabupaten/Kota yang akan mengikuti penghargaan ini dilakukan oleh Tim Pembina KKS Provinsi. Penghargaan ini disebut dengan penghargaan SWASTI SABA terdiri dari 3 kategori, yaitu penghargaan Swasti Saba Padapa diberikan kepada Kabupaten/Kota yang telah memenuhi minimal 80% Desa/Kelurahan ODF (*Open Defecation Free*) dan memenuhi capaian indikator setiap tatanan sebesar 71 % -80%, Swasi Saba Wiwerda diberikan kepada Kabupaten/Kota yang telah memenuhi minimal 90% Desa/Kelurahan ODF (*Open Defecation Free*) dan memenuhi capaian indikator setiap tatanan sebesar 81%-90%, Swasti Saba Wistara diberikan kepada Kabupaten/Kota yang telah memenuhi 100% Desa/Kelurahan ODF (*Open Defecation Free*) dan memenuhi capaian indikator setiap tatanan minimal 91%.

Tahun 2025 merupakan tahun verifikasi KKS tingkat nasional dengan ketua tim Kementerian Dalam Negeri. Dari 11 kabupaten/kota yang dilakukan verifikasi tingkat provinsi, hanya 2 kabaupaten/kota yang memenuhi syarat untuk melanjutkan verifikasi tingkat nasional, yaitu Kota Jambi dan Kota Sungai Penuh. Hasil verifikasi Tingkat nasional, penghargaan yang diperoleh untuk kedua kabupaten/kota tersebut adalah Swastisaba Wistara untuk Kota Jambi dan swastisaba Padapa untuk Kota Sungai Penuh.

Beberapa faktor penghambat keberhasilan pencapaian kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2025 antara lain sebagai berikut:

- a. Capaian ODF kabupaten/kota yang belum memenuhi prasyarat mutlak berdasarkan perpres 40 tahun 2020 sebesar 60% desa ODF;
- b. Koordinasi Tim Pembina dan forum KKS dalam memenuhi 9 indikator tatanan KKS belum maksimal;
- c. Kurangnya pemahaman pemerintah daerah bahwa Kabupaten Kota Sehat (KKS) bukanlah perlombaan, melainkan upaya dalam meningkatkan lingkungan yang sehat, aman, dan nyaman sebagai modal dasar meningkatkan kesejahteraan masyarakat, sehingga kegiatan ini layak dilakukan secara terus menerus bukan hanya sewaktu saja.

Dari permasalahan/hambatan tahun 2025, maka pada tahun 2026 direncanakan kegiatan sebagai berikut:

- a. Meningkatkan koordinasi lintas sektor (LS) dalam upaya peningkatan capaian desa Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS/ODF) di kabupaten/kota.
- b. Sosialisasi pada kabupaten/kota tentang fungsi tim pembina dan forum KKS.
- c. Meningkatkan advokasi pada pemerintah daerah tentang pemahaman bahwa KKS merupakan Indikator kesejahteraan masyarakat.