



**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**

**RENCANA AKSI KEGIATAN  
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR LANGSUNG  
TAHUN 2020-2024**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT  
DIREKTORAT PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT  
MENULAR LANGSUNG  
TAHUN 2020**

## KATA PENGANTAR

Dengan Rasa Syukur atas Rahmat Allah Yang Maha Kuasa atas Berkat dan Karunia-Nya sehingga Penyusunan Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung tahun 2020-2024 ini dapat diselesaikan.

Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 telah ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Dalam penjabaran Renstra Kementerian Kesehatan, disusun Rencana Aksi Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit P2P dan Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung Tahun 2020-2024 yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian penyakit dengan menjabarkan tujuan dan sasaran strategis, arah kebijakan dan strategi, target kinerja dan kegiatan serta pemantauan dan pelaporan.

Sebagai buku Rencana Aksi Kegiatan pertama untuk tahun RPJMN 2020- 2024, kami merasakan buku ini masih memiliki banyak kekurangan karena dukungan data yang belum memadai terutama data-data yang digunakan sebagai bahan analisis situasi, prioritas program dan kegiatan, serta upaya rencana aksi. Selanjutnya kedepan akan terus disempurnakan dan disesuaikan dengan perkembangan pembangunan kesehatan. Diharapkan program dan kegiatan dalam RAP P2P dan RAK P2PML tahun 2020-2024 dapat dijadikan dasar dan acuan oleh seluruh pemangku kepentingan dalam melaksanakan upaya meningkatkan kualitas dan kwantitas program P2PML.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berproses bersama dan mendukung tersusunnya RAK P2PML Tahun 2020-2024 ini, semoga buku ini menjadi dokumen bersama, dijadikan acuan dalam pelaksanaan kegiatan dan semoga bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, Agustus 2020

Direktur P2PML



dr. Siti Nadia Tarmizi, M.Epid

NIP 197208312000032001

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan 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. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya.

Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005–2025, disebutkan bahwa pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan 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 ekonomi. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya. Oleh karena itu perlu disusun rencana pembangunan kesehatan yang berkesinambungan.

Periode tahun 2020-2024 merupakan tahapan terakhir dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025, sehingga merupakan periode pembangunan jangka menengah yang sangat penting dan strategis. RPJMN 2020-2024 akan memengaruhi pencapaian target pembangunan dalam RPJPN, dimana pendapatan perkapita Indonesia akan mencapai tingkat kesejahteraan setara dengan negara-negara berpenghasilan menengah atas (Upper-Middle Income Country) yang memiliki kondisi infrastruktur, kualitas sumber daya manusia, pelayanan publik, serta kesejahteraan rakyat yang lebih baik. Sesuai dengan RPJPN 2005-2025, sasaran pembangunan jangka menengah 2020-2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing.

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004, tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN) mengamanatkan bahwa setiap kementerian perlu menyusun Rencana Strategis (Renstra) yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Selanjutnya

Menteri Kesehatan mengamanahkan bahwa Renstra Kementerian Kesehatan harus dijabarkan dalam Rencana Aksi Program Unit Eselon I.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat. Pilar penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Sementara itu pilar jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya.

Dengan telah ditetapkannya RPJMN 2020-2024 melalui Peraturan Presiden nomor 18 tahun 2020 dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 melalui Peraturan Menteri Kesehatan nomor 21 tahun 2020, Direktorat P2PML menyusun Rencana Aksi Kegiatan P2PML tahun 2020-2024 yang merupakan jabaran kebijakan Kementerian Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Menular Langsung sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Direktorat.

## **B. Kondisi Umum**

Gambaran kondisi umum, potensi dan permasalahan pengendalian penyakit menular langsung dipaparkan berdasarkan hasil pencapaian program, kondisi lingkungan strategis, kependudukan, sumber daya, dan perkembangan baru lainnya. Potensi dan permasalahan pengendalian penyakit menular langsung menjadi input dalam menentukan arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan dalam bidang Pengendalian Penyakit Menular Langsung.

Prioritas penyakit menular, masih tertuju pada penyakit HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, demam berdarah, influenza dan flu burung. Disamping itu Indonesia juga belum sepenuhnya berhasil mengendalikan penyakit neglected diseases seperti kusta, filariasis, leptospirosis, dan lain-lain. Angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi seperti polio, campak, difteri, pertusis, hepatitis B, dan tetanus baik pada maternal maupun neonatal sudah sangat menurun, bahkan pada tahun 2014, Indonesia telah dinyatakan bebas polio.

Pemerintah bersama masyarakat memiliki komitmen yang kuat dalam upaya pengendalian HIV AIDS untuk mencapai eliminasi HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) pada tahun 2030. Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, salah satu arah kebijakan dan strategi adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta. Peningkatan pengendalian penyakit, dimana HIV AIDS dan PIMS menjadi bagian dari arah kebijakan tersebut. Komitmen negara juga tertuang dalam Rencana

Strategis bidang kesehatan (Renstra Kemenkes RI) dengan meningkatkan jumlah orang dengan HIV AIDS (ODHA) yang mendapatkan pengobatan sebagai salah satu bentuk upaya pencegahan penularan HIV dan meningkatkan kualitas hidup ODHA. Pemerintah bersama masyarakat mendukung upaya pencapaian eliminasi HIV AIDS yang telah disepakati di tingkat global bahwa pada tahun 2030 kita dapat mencapai 95-95-95 untuk pengobatan, dimana 95% ODHA mengetahui status, 95% dari ODHA yang mengetahui status mendapatkan pengobatan, dan 95% dari ODHA yang diobati virusnya tersupresi.

Beberapa kebijakan program yang paling berpengaruh adalah kebijakan “fast track initiative 90-90-90” di mana pemerintah memutuskan secara bertahap mencapai target 90-90-90 mulai dari tingkat kabupaten/kota.

Kebijakan lain adalah penggunaan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai salah satu nomor identitas tunggal dalam pemberian pelayanan publik termasuk pelayanan kesehatan. Penggunaan NIK juga menjadi tolok ukur akuntabilitas program dan pelayanan untuk memperoleh hasil yang akurat, valid, efektif dan efisien

Data prevalensi HIV usia dewasa (15-49 tahun) diperkirakan mencapai 0,32% pada tahun 2019. Estimasi untuk tingkat provinsi berkisar antara kurang dari 0,1% sampai melebihi 2%. Sebaran HIV di Tanah Papua (terdiri dari provinsi Papua Barat dan Papua), dengan prevalensi HIV diperkirakan mencapai 2.6% di populasi umum pada tahun 2019.

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Berdasarkan Global TB Report Tahun 2020. Beban TB terbesar terdapat di 30 negara dengan estimasi 8.610.000; negara dengan beban TB tertinggi adalah India, Indonesia dan Cina, estimasi beban TB RO sebesar 419.000 dengan beban TB RO tertinggi adalah India, Cina dan Rusia sedangkan Indonesia urutan ke 5 dan estimasi beban TB HIV sebesar 668.000 dengan beban TB HIV tertinggi adalah Afrika Selatan, India dan Nigeria sedangkan Indonesia urutan ke 10.

WHO memperkirakan estimasi insiden Indonesia sebesar 845.000 atau 312 per 100.000 penduduk; TB-HIV sebesar 19.000 kasus per tahun atau 7 per 100.000 penduduk. Kematian karena TB diperkirakan sebesar 92.000 atau 34 per 100.000 penduduk dan kematian TB-HIV sebesar 4.700 atau 1,7 per 100.000 penduduk. Berdasarkan trend insiden tuberkulosis terjadi penurunan insiden TB meskipun tidak terlalu tajam dan begitu juga penurunan angka kematian TB. Perbandingan antara insiden TB antara tahun 2018-2019; secara absolut tidak terdapat perubahan tetapi secara rate terjadi penurunan 1,2%. Angka kematian; secara absolut terdapat penurunan 1,1% dan secara rate penurunan 2,9% (*Global TB Report Tahun 2020*).

Selain itu kondisi di atas terdapat tantangan yang perlu menjadi perhatian yaitu meningkatnya kasus TB-MDR, TB-HIV, TB dengan DM, TB pada anak dan masyarakat rentan lainnya. Hal ini

memacu pengendalian TB nasional terus melakukan intensifikasi, akselerasi, ekstensifikasi dan inovasi program.

Kasus TB didefinisikan sebagai pasien yang telah dibuktikan secara bakteriologis (mikroskopis, kulturataumolekuler) atau didiagnosis menderita TB. Insidens Tuberkulosis (ITB) adalah jumlah kasus TB baru dan kambuh yang muncul selama periode waktu tertentu per 100.000 penduduk.

Tantangan yang dihadapi sangat besar, Indonesia berpenduduk terbesar ke-empat di dunia dengan kondisi geografis 17,500 pulau dalam sistem pemerintahan terdesentralisasi di 514 kabupaten/kota dalam 34 provinsi.

Jumlah kasus TB yang ditemukan dan diobati dalam kurun waktu 12 tahun terakhir ini tercatat mencapai jumlah 4.474.428. Angka cakupan penemuan kasus mengalami penurunan dari sebelumnya sekitar 28,3% tiap tahun, pada tahun 2019 sudah menjadi 67,5% dan pada tahun 2020 mencapai 39,2%. Dengan demikian maka jumlah “*missing cases*” juga mengalami peningkatan dari yang sebelumnya sebesar 32,5% menjadi 61,5%.

Angka keberhasilan pengobatan/*success rate* pada tahun 2019 mencapai 82,9% dan pada tahun 2020 mencapai 78,1% dengan target sebesar 90%. Dalam rangka pelaksanaan *Sustainable Development Goals* (SDGs), yang salah satu tujuannya adalah menjamin kesehatan yang baik dan sejahtera maka diperlukan Strategi Nasional Penanggulangan TB 2020-2024 yang memerlukan komitmen semua pihak.

Peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan yang sudah DOTS dan melaporkan kasus TB mengalami peningkatan pada tahun 2020 dibandingkan tahun 2017 khususnya RS pemerintah (57% menjadi 72%), RS Swasta (33% menjadi 49%), dan DPM/ Klinik (1% menjadi 3 %). Sedangkan dilihat dari kontribusi notifikasi kasus TB tahun 2020, terbanyak masih dari PKM dan B/BPKM sebesar 64%, disusul oleh RS Pemerintah sebesar 20%, RS Swasta sebesar 15% dan yang terkecil dari DPM/ Klinik sebesar 1%.

Penggunaan Tes Cepat Molekuler merupakan salah satu terobosan dalam penanggulangan TBC untuk deteksi lebih cepat. Ekspansi penggunaan Tes Cepat Molekuler (TCM) dalam diagnosis kasus TBC yang sebelumnya hanya digunakan untuk diagnosis TB RO, sejak tahun 2016 sudah diperluas penggunaan mesin TCM untuk diagnosis pada terduga TB sensitif obat, ODHA, TB DM, TB anak. Pada tahun 2015 hanya sebanyak 63 mesin TCM meningkat menjadi 1158 mesin TCM pada tahun 2020 (per November) yang tersebar di 1097 faskes penerima TCM (652 RS, 25 laboratorium, 420 PKM), 514 kab kota dan 34 Provinsi.

Sebagai landasan upaya-upaya menurunkan beban TB di Indonesia adalah dengan menyatakan TB sebagai prioritas nasional. Strategi TOSS TB adalah merupakan kunci dari penanggulangan TB yaitu menemukan dan menyembuhkan pasien TB hingga tuntas (sembuh), untuk memutuskan rantai penularan TB dan menurunkan insiden TB di masyarakat. Untuk melaksanakan strategi ini

diperlukan komitmen yang kuat dari pemerintah dan keterlibatan penuh sektor swasta serta stake holder lainnya untuk penanggulangan TB. Dukungan tersebut bisa dengan menerapkan kebijakan baru dan peraturan-peraturan yang kemungkinan besar merupakan strategi paling berdaya guna, termasuk keharusan pelaporan kasus, standar klinis untuk pelayanan TB yang berkualitas, sertifikasi dan akreditasi para pemberi layanan kesehatan, serta memastikan kepatuhan terhadap pedoman diagnosis secara nasional dan juga pembiayaannya.

Permasalahan penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) cenderung meningkat dalam beberapa dekade terakhir baik secara global maupun nasional. Menurut hasil Riskesdas 2018, prevalensi ISPA berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, bidan dan perawat) dan gejala pada tahun 2018 (9,3%) menurun dibanding 2013 (25%). ISPA merupakan penyakit yang sering terjadi pada anak dan merupakan salah satu penyakit utama dengan kunjungan pasien di Puskesmas maupun di rumah sakit.

Penyakit ISPA khususnya pneumonia masih menjadi penyebab kematian anak terbesar dibanding penyakit menular lainnya dimana di seluruh dunia, 800.000 Balita meninggal karena pneumonia setiap tahunnya. Di Indonesia sendiri, lebih dari 19.000 Balita meninggal karena pneumonia di 2018, atau lebih dari 2 anak setiap jam. Pada tahun 2018, 16% kematian anak di Indonesia diakibatkan oleh pneumonia, sementara di 2017 pneumonia merupakan penyebab kematian Balita terbesar kedua. Bahkan badan kesehatan dunia (WHO) menyebut pneumonia sebagai "*the forgotten killer of children*". Pneumonia Balita merupakan penyakit yang dapat didiagnosis dan diobati dengan teknologi dan biaya yang murah, namun jika terlambat maka akan menyebabkan kematian pada Balita. Dari perhitungan beban penyakit yang dilakukan Litbangkes, diperkirakan akibat pneumonia pada usia Balita (< 5 tahun) di tahun 2015 akan terdapat *DAL Ys loss* sekitar 1 T.

Riskesdas 2013 menunjukkan *period prevalence* pneumonia Balita adalah 1,8% sedangkan prevalensinya adalah 4,5%. Prevalensi pneumonia menurut diagnosis tenaga kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, bidan dan perawat) mengalami penurunan dibanding tahun 2013 yaitu dari 2% menjadi 1,6% sedangkan prevalensi pneumonia berdasarkan pada diagnosis tenaga kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, bidan dan perawat) dan gejala pada tahun 2018 (4%) mengalami penurunan dibanding tahun 2013 (4,5%). Lima provinsi yang mempunyai insiden pneumonia Balita tertinggi menurut Riskesdas 2013 adalah Nusa Tenggara Timur, Aceh, Bangka Belitung, Sulawesi Barat, dan Kalimantan Tengah. Sedangkan menurut Riskesdas 2018, lima provinsi yang mempunyai prevalensi pneumonia balita tertinggi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, bidan dan perawat) dan gejala adalah Nusa Tenggara Timur, DI Yogyakarta, Papua, Sulawesi Tengah dan Gorontalo.

Hepatitis virus yang terdiri dari Hepatitis A, B, C, D dan E merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia. Untuk Hepatitis A dan E yang ditularkan secara fecal Oral sering menimbulkan KLB di beberapa wilayah di Indonesia. Sedangkan Hepatitis B dan C adalah

merupakan penyakit hepatitis yang bersifat kronis yang dapat menimbulkan sirosis dan kanker hati dan kematian bagi penderitanya.

Dalam pengendalian Hepatitis strategi utama adalah melaksanakan upaya peningkatan pengetahuan dan kepedulian, pencegahan secara komprehensif, deteksi dini, pengamatan penyakit dan Dalam pengendalian termasuk tatalaksana dan peningkatan akses layanan.

Pemerintah Indonesia mendukung upaya pembangunan kesehatan berkelanjutan “*Sustainable Development Goals (SDG's)*”. Salah satu indikator SDG's adalah memerangi hepatitis dengan indikatornya menurunkan insiden Hepatitis. Hal ini sejalan dengan tujuan global tujuan pengendalian Hepatitis B dan C adalah eliminasi hepatitis virus B dan C tahun 2030. Untuk Indonesia diharapkan dapat mencapai Eliminasi penularan Hepatitis B dari ibu ke anak mulai tahun 2022 secara bertahap, dilanjutkan dengan eliminasi hepatitis B tahun 2030 dan eliminasi hepatitis C tahun 2040.

Secara global, pada tahun 2015 diperkirakan 257 juta orang hidup dengan infeksi virus hepatitis B (VHB) kronis, dan 71 juta orang dengan infeksi virus hepatitis C (VHC) kronis, dan sekitar 1,4 juta kematian per tahun<sup>4</sup>. Di Asia Tenggara, WHO memperkirakan ada sekitar 39,4 juta (28,8 – 76,5 juta) orang yang hidup dengan hepatitis B kronis dan 10,3 juta (8,0–17,8 juta) orang yang hidup dengan hepatitis C kronis. Setiap tahunnya, di Asia Tenggara, hepatitis virus menyumbang sekitar 410.000 kematian dengan 78% dari total kematian berkaitan dengan kanker hati dan sirosis karena hepatitis B dan C.<sup>5</sup>

Secara khusus untuk Hepatitis B, Indonesia merupakan salah satu negara di wilayah Asia Tenggara dengan angka prevalensi tertinggi sehingga dibutuhkan perhatian dan komitmen seluruh penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah untuk program P2 Hepatitis.<sup>5</sup> Hasil Riskesdas 2013 prevalensi Hepatitis B di Indonesia sebesar 7,1% dan hepatitis C sebesar 1%. Dari hasil tersebut diperkirakan ada sebanyak 18 juta penderita Hepatitis B dan 2,5 juta penderita hepatitis C di Indonesia.

Penularan hepatitis B dan C adalah melalui darah dan cairan tubuh lainnya yang mengandung virus Hepatitis B dan C. Pada Hepatitis B penularan dari ibu ke bayi sangat berpotensi menjadi Hepatitis Kronis, diperkirakan mencapai 90-95%. Untuk itu dalam rangka penurunan kesakitan Hepatitis B, kegiatan pemutusan penularan hepatitis B dari ibu ke anak sangat diperlukan, dan untuk mempercepat peningkatan cakupan perlu berintegrasi dengan program lain terutama HIV, sifilis dan Hepatitis B. (Permenkes no 52 tahun 2017). Kegiatan ini dilaksanakan secara terintegrasi pada saat layanan ANC terpadu, dan diharapkan semua ibu hamil dapat diperiksa HIV, Sifilis dan hepatitis B nya pada saat pemeriksaan kehamilan minimal 1 kali. Tahun 2019 kegiatan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB) telah dilaksanakan di 458 kabupaten/kota yang tersebar di 34 provinsi di Indonesia.



Sebanyak 2.576.980 (48,95% dari sasaran Ibu hamil) diperiksa, sebanyak 46,944 (1,82%) terdeteksi Hepatitis B (HBsAg Reaktif).

Diare meskipun penyakit ini mudah diobati dan di tatalaksana, namun saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat, terutama pada bayi dan balita dimana diare merupakan salah satu penyebab kematian utama. Dari kajian masalah kesehatan berdasarkan siklus Kehidupan tahun 2011 yang dilakukan oleh badan Litbangkes, Diare merupakan penyebab kematian nomor 2 sesudah Penumonia, proporsi penyebab kematian pada bayi post neonatal sebesar 17,4% dan pada bayi sebesar 13,3%.

Berdasarkan perhitungan kasar yang kami lakukan, pada tahun 2015 ini saja diperkirakan terdapat 100.000 lebih anak dibawah 5 tahun meninggal karena Diare, sehingga estimasi biaya ekonomi yang hilang sekitar Rp. 7,2 T, yang meliputi biaya yang dihabiskan oleh keluarga saat dalam kandungan, melahirkan, biaya hidup, sakit dari umur 1 sd 5 tahun karena Diare saja, belum diperhitungkan secara ekonomi biaya pengasuhan dan biaya kalau balita tersebut sehat, tumbuh dan bisa produktif sampai umur harapan hidup dilampaui, sehingga apabila balita meninggal karena Diare merupakan kerugian yang sangat besar bagi keluarga, masyarakat, bangsa dan negara.

Tifoid merupakan salah satu penyakit endemis yang ada di Indonesia, mayoritas mengenai anak usia sekolah dan kelompok usia produktif, penyakit ini menyebabkan angka absensi yang tinggi, rata – rata perlu waktu 7 – 14 hari untuk perawatan apabila seseorang terkena Tifoid. Apabila pengobatan yang dilakukan tidak tuntas maka dapat menyebabkan terjadinya karier yang kemudian menjadi sumber penularan bagi orang lain. Dampak penyakit ini adalah, tingginya angka absensi, penurunan produktifitas, timbulnya komplikasi baik di saluran pencernaan maupun diluar saluran pencernaan, kerugian ekonomi untuk biaya pengobatan dan perawatan, kematian.

Menurut data WHO tahun 2008, angka kejadian Tifoid <15 tahun adalah 180,3/100.000 penduduk, sedangkan kejadian Tifoid pada seluruh umur adalah 81,7/100.000 penduduk. Berdasarkan angka tersebut maka pada tahun 2015 ini diperkirakan terdapat 289.687 orang akan terkena Tifoid. Jumlah sebesar itu akan memerlukan biaya perawatan sebesar Rp. 1,5 T berupa biaya perawatan pasien, maupun biaya kerugian lain akibat tidak masuk kerja atau sekolah, dan biaya lain terkait yang dikeluarkan oleh keluarga akibat anggota keluarga dirawat karena Tifoid.

Kusta hingga kini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Pada tahun 2000 Indonesia telah mencapai eliminasi kusta tingkat nasional dengan prevalansi di bawah 1/10.000 penduduk, namun apabila dilihat di tingkat provinsi, sebanyak 26 Provinsi masih belum mencapai eliminasi kusta. Perkembangan penemuan kasus kusta baru juga cenderung statis, setiap tahunnya masih ditemukan sekitar 16.000 – 20.000 kasus baru. Tahun 2019 ditemukan sebanyak 17.439 kasus baru, dengan angka kecacatan tingkat 2 sebesar 4,18 per 1.000.000 penduduk dan persentase kasus anak sebesar 11,52%. Tantangan utama berupa masih adanya stigma di masyarakat

terhadap penderita kusta dan keluarganya, belum optimalnya dukungan LP/LS terhadap program P2 Kusta serta tingginya angka mutasi petugas kesehatan di daerah.

Selain kusta, frambusia juga termasuk dalam kelompok penyakit tropis menular langsung. Tahun 2019 masih ditemukan 224 kasus frambusia yang tersebar di 15 kabupaten/kota di Indonesia. Frambusia banyak ditemukan terutama di wilayah timur Indonesia, dimana penyediaan sarana air bersih dan sanitasi lingkungan masih belum optimal. Sesuai dengan target program, Indonesia diharapkan akan mencapai eradikasi frambusia pada seluruh kabupaten/kota di tahun 2024.

## **C. LINGKUNGAN STRATEGIS**

### **1. Lingkungan Strategis Nasional**

Perkembangan Penduduk. Pertumbuhan penduduk Indonesia ditandai dengan adanya window opportunity di mana rasio ketergantungannya positif, yaitu jumlah penduduk usia produktif lebih banyak dari pada yang usia non-produktif, yang puncaknya terjadi sekitar tahun 2030. Implikasi kenaikan penduduk lansia ini terhadap sistem kesehatan adalah (1) meningkatnya kebutuhan pelayanan sekunder dan tersier, (2) meningkatnya kebutuhan pelayanan home care dan (3) meningkatnya biaya kesehatan.

Masalah penduduk miskin yang sulit berkurang akan masih menjadi masalah penting. Secara kuantitas jumlah penduduk miskin bertambah, dan ini menyebabkan permasalahan biaya yang harus ditanggung pemerintah bagi mereka. Tingkat pendidikan penduduk merupakan salah satu indikator yang menentukan Indeks Pembangunan Manusia. Di samping kesehatan, pendidikan memegang porsi yang besar bagi terwujudnya kualitas SDM Indonesia. Namun demikian, walaupun rata-rata lama sekolah dari tahun ke tahun semakin meningkat, tetapi angka ini belum memenuhi tujuan program wajib belajar 9 tahun.

Disparitas Status Kesehatan. Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-pedesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin hampir empat kali lebih tinggi dari golongan terkaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur Indonesia, serta pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Persentase anak balita yang berstatus gizi kurang dan buruk di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan.

Disparitas Status Kesehatan Antar Wilayah. Beberapa data kesenjangan bidang kesehatan dapat dilihat pada hasil Riskesdas 2018. Kesenjangan yang cukup memprihatinkan terlihat pada bentuk partisipasi masyarakat di bidang kesehatan, antara lain adalah keteraturan penimbangan balita (penimbangan balita >4 kali ditimbang dalam 6 bulan terakhir). Dibandingkan tahun 2013,

kesenjangan ini lebih lebar, ini berarti selain aktivitas Posyandu makin menurun, variasi antar provinsi juga semakin lebar.

Program imunisasi merupakan salah satu upaya kesehatan yang masih terkendala oleh beberapa faktor, antara lain: terbatasnya jumlah SDM yang kompeten, tingginya mutasi petugas khususnya di tingkat pelayanan, tidak meratanya komitmen pemangku kebijakan di daerah untuk memprioritaskan program imunisasi, kurang efektifnya sistem pengadaan logistik imunisasi, dan sulitnya kondisi geografis di sebagian wilayah. Dari data rutin cakupan imunisasi dasar lengkap, persentase lebih tinggi terdapat di wilayah bagian barat dibanding wilayah timur.

Ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan atau supply side dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) masih menjadi kendala di beberapa daerah, termasuk pembiayaan. Sejak tahun pertama beroperasi, BPJS Kesehatan mengalami defisit. Secara sederhana, defisit terjadi ketika klaim lebih besar dari pendapatan premi. Hal ini disebabkan karena pembayaran premi jauh lebih kecil dari perkiraan kebutuhan secara aktuarial. Dari analisis data yang ada sampai tahun 2018, terlihat bahwa claim ratio paling tinggi terjadi pada PBPU (peserta mandiri) sampai mendekati 500%. Sementara PPU untuk Klas I dan Klas II cenderung rendah (tidak sampai 100%). Untuk PBI claim ratio terus naik, sampai akhir tahun 2018 sudah di atas 100%. Data ini menunjukkan bahwa untuk peserta mandiri telah terjadi adverse selection (peserta yang risiko tinggi dan sudah sakit cenderung ikut JKN-BPJS Kesehatan). Dalam konteks ini, tampak seakan-akan PBI dan PPU memberikan subsidi kepada peserta mandiri.

Menurut peta jalan JKN, ditargetkan pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia telah tercakup JKN. Kepesertaan semesta JKN membawa konsekuensi terhadap tuntutan ketersediaan pelayanan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, sehingga terjadi keadilan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik antar wilayah, antar kelas sosial ekonomi, dan antara penduduk desa dan kota.

## 2. Lingkungan Strategis Regional

Saat mulai berlakunya Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) secara efektif pada tanggal 1 Januari 2016. Pemberlakuan ASEAN Community yang mencakup total populasi lebih dari 560 juta jiwa, akan memberikan peluang (akses pasar) sekaligus tantangan tersendiri bagi Indonesia. Implementasi ASEAN Economic Community, yang mencakup liberalisasi perdagangan barang dan jasa serta investasi sektor kesehatan. Perlu dilakukan upaya meningkatkan daya saing (competitiveness) dari fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dalam negeri. Pembenahan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, baik dari segi sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarananya, maupun dari segi manajemennya perlu digalakkan. Akreditasi fasilitas pelayanan

kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dan lain-lain) harus dilakukan secara serius, terencana, dan dalam tempo yang tidak terlalu lama.

Hal ini berkaitan dengan perjanjian pengakuan bersama (Mutual Recognition Agreement - MRA) tentang jenis-jenis profesi yang menjadi cakupan dari mobilitas. Dalam MRA tersebut, selain insinyur, akuntan, dan lain-lain, juga tercakup tenaga medis/dokter, dokter gigi, dan perawat. Tidak tertutup kemungkinan di masa mendatang, akan dicakupi pula jenis-jenis tenaga kesehatan lain. Betapa pun, daya saing tenaga kesehatan dalam negeri juga harus ditingkatkan. Institusi-institusi pendidikan tenaga kesehatan harus ditingkatkan kualitasnya melalui pembenahan dan akreditasi.

### 3. Lingkungan Strategis Global

Dengan akan berakhirnya agenda Millennium Development Goals (MDGs) pada tahun 2015, banyak negara mengakui keberhasilan dari MDGs sebagai pendorong tindakan-tindakan untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan pembangunan masyarakat. Khususnya dalam bentuk dukungan politik. Kelanjutan program ini disebut Sustainable Development Goals (SDGs), yang meliputi 17 goals. Dalam bidang kesehatan fakta menunjukkan bahwa individu yang sehat memiliki kemampuan fisik dan daya pikir yang lebih kuat, sehingga dapat berkontribusi secara produktif dalam pembangunan masyarakatnya.

Pemberantasan malaria telah berhasil memenuhi indikator MDG's yaitu API < 1 pada tahun 2015. Pada SDG's pemberantasan malaria masuk dalam goals ke 3.3 yaitu Menghentikan epidemi AIDS, Tuberkulosis, Malaria dan Penyakit Terabaikan serta Hepatitis, Water Borne Diseases dan Penyakit menular lainnya.

Aksesi Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau. Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) merupakan respon global yang paling kuat terhadap tembakau dan produk tembakau (rokok), yang merupakan penyebab berbagai penyakit fatal. Sampai saat ini telah ada sebanyak 179 negara di dunia yang meratifikasi FCTC tersebut. Indonesia merupakan salah satu negara penggagas dan bahkan turut merumuskan FCTC. Akan tetapi sampai kini justru Indonesia belum mengaksesinya. Sudah banyak desakan dari berbagai pihak kepada Pemerintah untuk segera mengaksesi FCTC. Selain alasan manfaatnya bagi kesehatan masyarakat, juga demi menjaga nama baik Indonesia di mata dunia.

Liberalisasi perdagangan barang dan jasa dalam konteks WTO - Khususnya General Agreement on Trade in Service, Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights serta Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklores (GRTKF) merupakan bentuk-bentuk komitmen global yang juga perlu disikapi dengan penuh kehati-hatian. Prioritas yang dilakukan adalah mempercepat penyelesaian MoU ke arah perjanjian yang operasional sifatnya, sehingga hasil kerjasama antar negara tersebut bisa dirasakan segera.

Agenda Ketahanan Kesehatan Global (Global Health Security Agenda/GHSA) dicanangkan di Washington DC dan Gedung PBB Genewa secara bersamaan pada tanggal 13 Februari 2014. Pertemuan GHSA pertama dilaksanakan pada tanggal 5-6 Mei 2014 di Helsinki, Finlandia. Pada awalnya, inisiatif GHSA digagas oleh Amerika Serikat dan negara-negara maju dengan melibatkan multi-stakeholders dan multi-sektoral. Selain itu juga didukung badan-badan dunia dibawah PBB diantaranya World Health Organisation (WHO), Food and Agriculture Organisation (FAO), dan World Organisation for Animal Health(OIE).

Di Helsinki, GHSA membahas rancangan GHSA Action Packages and Commitments yang diharapkan dapat dijadikan rujukan bersama di tingkat global dalam mengatasi ancaman penyebaran penyakit infeksi. Komitmen ini antara lain juga dimaksudkan untuk memperkuat implementasi International Health Regulation-IHR yang telah dicanangkan WHO sebelumnya

Agenda Ketahanan Kesehatan Global (Global Health Security Agenda/GHSA) juga sebagai bentuk komitmen dunia yang telah mengalami dan belajar banyak dalam menghadapi musibah wabah penyakit menular berbahaya seperti wabah Ebola yang telah melanda beberapa negara Afrika, Middle East Respiratory Syndrome (MERS-Cov) di beberapa negara Timur Tengah, flu H7N9 khususnya di Tiongkok, flu babi di Meksiko, flu burung yang melanda di berbagai negara, dan wabah flu Spanyol tahun 1918. Rangkaian kejadian tersebut seakan menegaskan bahwa wabah penyakit menular berbahaya tidak hanya mengancam negara yang bersangkutan, namun juga mengancam kesehatan masyarakat negara lainnya termasuk dampak sosial dan ekonomi yang ditimbulkannya.

Termasuk elemen penting dari GHSA adalah zoonosis. Sebagai bentuk dari perwujudan atas elemen penting (komitmen) tersebut, Pemerintah Indonesia, yang dalam hal ini diwakili oleh Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Pertanian membahas lebih jauh berbagai aspek dari penyakit zoonosis dalam kaitan pencegahan, pendeteksian lebih dini, dan upaya merespon atas munculnya ancaman dari penyakit tersebut.

## BAB II

### TUJUAN DAN SASARAN STRATEGIS DIREKTORAT PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

Dalam Rencana Aksi Kegiatan P2PML 2020 - 2024 tidak ada visi dan misi Direktorat Jenderal. Rencana Aksi Kegiatan Direktorat P2PML mendukung pelaksanaan Renstra Kemenkes dalam melaksanakan Visi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong”. Untuk mewujudkan Visi Presiden tersebut, maka telah ditetapkan 9 (Sembilan) Misi Presiden 2020 – 2024 yaitu:

1. Peningkatan kualitas manusia Indonesia.
2. Penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri, dan berdaya saing.
3. Pembangunan yang merata dan berkeadilan.
4. Mencapai lingkungan hidup yang berkecukupan.
5. Kemajuan budaya yang mencerminkan kepribadian bangsa.
6. Penegakan sistem hukum yang bebas korupsi, bermartabat, dan terpercaya.
7. Perlindungan bagi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga.
8. Pengelolaan pemerintahan yang bersih, efektif, dan terpercaya.
9. Sinergi Pemerintah Daerah dalam kerangka Negara Kesatuan.

#### I. TUJUAN

Tujuan strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020 – 2024 adalah:

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup.
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.
3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.
4. Peningkatan sumber daya kesehatan.
5. Peningkatan tata kelola yang baik, bersih, dan inovatif.

Dukungan Direktorat P2PML terhadap Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif diwujudkan dalam bentuk pelaksanaan pencapaian tujuan Direktorat P2PML yaitu terselenggaranya pengendalian penyakit menular langsung secara berhasil-guna dan berdaya-guna dalam mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui :

1. Pengendalian penyakit tuberkulosis yang ditandai dengan meningkatkan capaian Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC (*TBC Treatment Coverage*) sebesar 90% di akhir tahun 2024.
2. Pengendalian penyakit HIV/AIDS dan PIMS yang ditandai dengan meningkatkan Persentase ODHA Baru ditemukan yang memulai pengobatan ARV sebesar 95% di akhir tahun 2024.

3. Pengendalian penyakit kusta yang ditandai dengan meningkatkan Proporsi Kasus Kusta Baru tanpa Cacat sebesar >90% di akhir tahun 2024.
4. Pengendalian penyakit pneumonia yang ditandai dengan meningkatkan Persentase kabupaten/kota yang 50% Puskesmasnya melakukan Tatalaksana standar Pneumonia sebesar 60% di akhir tahun 2024.
5. Pengendalian Penyakit ISP yang ditandai dengan Persentase kabupaten/kota 80% Puskesmasnya melaksanakan tatalaksana diare sesuai standar sebesar 80% di akhir tahun 2024.
6. Pengendalian penyakit hepatitis dengan meningkatkan Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau C pada populasi berisiko sebesar 100% di akhir tahun 2024.
7. Pengendalian Penyakit Frambusia yang ditandai dengan Jumlah kabupaten/kota dengan eradikasi frambusia sebesar 514 kab/kota di akhir tahun 2024.

## II. SASARAN STRATEGIS

Sasaran Strategis Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung dalam Rencana Aksi Kegiatan P2PML merupakan sasaran strategis dalam Renstra Kemenkes yang disesuaikan dengan tugas pokok dan fungsi Direktorat P2PML. Sasaran tersebut adalah meningkatnya pengendalian penyakit menular langsung pada akhir tahun 2024 yang ditandai dengan:

1. Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC (*TBC Treatment Coverage*) sebesar 90%.
2. Proporsi Kasus Kusta Baru tanpa Cacat sebesar >90%.
3. Persentase ODHA Baru ditemukan yang memulai pengobatan ARV sebesar 95%.
4. Persentase kabupaten/kota yang 50% Puskesmasnya melakukan Tatalaksana standar Pneumonia sebesar 60%.
5. Persentase kabupaten/kota 80% Puskesmasnya melaksanakan tatalaksana diare sesuai standar sebesar 80%
6. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau C pada populasi berisiko sebesar 100%.
7. Jumlah kabupaten/kota dengan eradikasi frambusia sebesar 514 kab/kota.

**Tabel 1**  
**SASARAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT**  
**MENULAR LANGSUNG**  
**TAHUN 2020-2024**

SASARAN	INDIKATOR	TARGET				
		2020	2021	2022	2023	2024
Menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular langsung	1. Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC ( <i>TBC Treatment Coverage</i> )	80	85	90	90	90
	2. Proporsi Kasus Kusta Baru tanpa Cacat	87	88	89	90	>90
	3. Persentase ODHA Baru ditemukan yang memulai pengobatan ARV	77	80	85	90	95
	4. Persentase kabupaten/kota yang 50% puskesmasnya melakukan tatalaksana Pneumonia	50	52	55	57	60
	5. Persentase kabupaten/kota 80% Puskesmasnya melaksanakan tatalaksana diare sesuai standar	51	58	66	73	80
	6. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau C pada populasi berisiko	85	90	95	100	100
	7. Jumlah kabupaten/kota dengan eradikasi frambusia	42	172	283	393	514



## **BAB III**

### **ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI, KERANGKA REGULASI DAN KERANGKA KELEMBAGAAN**

#### **I. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI NASIONAL**

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2020-2024 merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025, yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Angka Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita.

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan 2005- 2025 adalah: 1) pembangunan nasional berwawasan kesehatan; 2) pemberdayaan masyarakat dan daerah; 3) pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan; 4) pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; dan 5) penanggulangan keadaan darurat kesehatan.

Dalam RPJMN 2020-2024, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Indikator Program PPPML yang tercantum dalam sasaran pembangunan kesehatan pada RPJMN 2020-2024 sebagai berikut:

**Tabel 2**  
**Indikator RPJMN 2020-2024**  
**Program P2PML**

Indikator	Status Awal	Target 2024
<b>Meningkatnya Pengendalian Penyakit Menular Langsung</b>		
a. Insiden HIV (per 1000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)	0,24 (2018)	0,18
b. Insiden Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	319 (Global Report 2018)	190

Kebijakan pembangunan kesehatan difokuskan pada penguatan upaya kesehatan dasar (Primary Health Care) yang berkualitas terutama melalui peningkatan jaminan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang didukung dengan penguatan sistem kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan. Kartu Indonesia Sehat menjadi salah satu sarana utama dalam mendorong reformasi sektor kesehatan dalam mencapai pelayanan kesehatan yang optimal, termasuk penguatan upaya promotif dan preventif.

## **II. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI DIT P2PML**

Arah Kebijakan program P2PML untuk mendukung arah kebijakan Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan surveilans epidemiologi faktor risiko dan penyakit menular langsung
2. Peningkatan perlindungan kelompok berisiko
3. Penatalaksanaan epidemiologi kasus dan pemutusan rantai penularan
4. Pencegahan dan penanggulangan KLB / wabah termasuk yang berdimensi internasional
5. Pemberdayaan dan peningkatan peran swasta dan masyarakat
6. Peningkatan keterpaduan program promotif & preventif dlm pengendalian penyakit menular langsung

Arah Kebijakan tersebut didukung melalui 10 strategi yaitu:

1. Melaksanakan review dan memperkuat aspek legal
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi
3. Melaksanakan intensifikasi, akselerasi dan inovasi program

4. Meningkatkan kompetensi sumberdaya manusia di bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
5. Memperkuat Jejaring kerja dan kemitraan
6. Memperkuat manajemen logistik
7. Meningkatkan surveilans dan aplikasi teknologi pendukung (SKDR)
8. Melaksanakan monitoring, evaluasi dan pendampingan teknis
9. Mengembangkan dan memperkuat sistem pembiayaan program
10. Meningkatkan pengembangan teknologi preventif

Arah kebijakan dan strategi program pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung didasarkan pada arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan yang mendukung arah kebijakan dan strategi nasional sebagaimana tercantum di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Arah kebijakan program P2PML didasarkan pada arah kebijakan Kementerian Kesehatan mengacu pada tiga hal penting yakni:

**a. Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*)**

Puskesmas mempunyai fungsi sebagai pembina kesehatan wilayah melalui 4 jenis upaya yaitu:

1. Meningkatkan dan memberdayakan masyarakat.
2. Melaksanakan Upaya Kesehatan Masyarakat.
3. Melaksanakan Upaya Kesehatan Perorangan.
4. Memantau dan mendorong pembangunan berwawasan kesehatan

Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat di puskesmas untuk mendukung pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan dilakukan melalui strategi sebagai berikut :

1. Peningkatan kemampuan sumber daya manusia di Puskesmas untuk tenaga kesehatan masyarakat dan kesehatan lingkungan termasuk tenaga fungsional sanitarian, entomolog kesehatan, dan epidemiolog kesehatan yang dilakukan melalui peningkatan kemampuan SDM petugas provinsi dan kabupaten/kota. Peningkatan kemampuan SDM puskesmas tidak bisa dilakukan secara langsung oleh Ditjen P2P, mengingat pembagian kewewenangan pusat dan daerah serta Standar Pelayanan Minimal di Kabupaten/Kota.
2. Penguatan menu pengendalian penyakit menular langsung dalam menu pembiayaan Puskesmas melalui BOK/DAK.

**b. Penerapan Pendekatan Keberlanjutan Pelayanan (*Continuum of Care*)**

Pendekatan ini dilaksanakan melalui peningkatan cakupan, mutu, dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita, remaja, usia kerja dan usia lanjut.

Keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dilakukan oleh P2PML melalui strategi sebagai berikut:

1. Pelaksanaan deteksi dini penyakit menular langsung
2. Penguatan surveilans epidemiologi dan faktor risiko

### **c. Intervensi Berbasis Risiko Kesehatan**

Intervensi berbasis risiko kesehatan pada Program Pencegahan Pengendalian Penyakit Menular Langsung dilakukan pada kegiatan khusus untuk menangani permasalahan kesehatan pada bayi, balita dan lansia, ibu hamil, pengungsi, dan keluarga miskin, kelompok-kelompok berisiko, serta masyarakat di daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, dan daerah bermasalah kesehatan.

Kegiatan tersebut dilakukan dengan melakukan integrasi dan sinergi kegiatan lintas program maupun lintas sektor. Integrasi dan sinergi tidak hanya dilakukan pada level antar kementerian di Pusat, namun juga antara Pusat dan Daerah termasuk peningkatan peran swasta dan tokoh masyarakat. Bentuk sinergi dilakukan melalui penyusunan rencana aksi, pembetukan forum komunikasi, penyusunan roadmap, ataupun penyusunan kerjasama (MoU).

Strategi Pengendalian Penyakit Menular Langsung dalam Rencana Aksi Kegiatan P2PML dilakukan melalui:

1. Penguatan komitmen dari kementerian/lembaga yang terkait di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota
2. Peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan skrining, diagnostic dan pengobatan yang komprehensif dan bermutu
3. Penguatan program pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung berbasis data dan dapat dipertanggungjawabkan
4. Penguatan kemitraan dan peran serta masyarakat termasuk pihak swasta, dunia usaha dan multisektor lainnya baik di tingkat nasional maupun internasional
5. Pengembangan inovasi program sesuai kebijakan pemerintah dan
6. Penguatan manajemen program melalui monitoring, evaluasi dan tindak lanjut

### **III. KERANGKA REGULASI**

Agar pelaksanaan program dan kegiatan dapat berjalan dengan baik maka perlu didukung dengan regulasi yang memadai. Perubahan dan penyusunan regulasi disesuaikan dengan tantangan global, regional dan nasional. Kerangka regulasi diarahkan untuk: 1) penyediaan regulasi dari turunan Undang-Undang yang terkait dengan pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung; 2) meningkatkan sumber daya manusia kesehatan pengelola program P2PML; 3) pengendalian

penyakit menular langsung; 4) peningkatan pemberdayaan masyarakat dan pembangunan berwawasan kesehatan; dan 5) penguatan peran pemerintah di era desentralisasi

Kerangka regulasi yang akan disusun antara lain adalah peraturan menteri kesehatan, pedoman, petunjuk pelaksanaan, dan petunjuk teknis dalam rangka menciptakan sinkronisasi, integrasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan antara pusat dan daerah.

#### **IV. KERANGKA KELEMBAGAAN**

Desain organisasi yang dibentuk memperhatikan mandat konstitusi dan berbagai peraturan perundang-undangan, perkembangan dan tantangan lingkungan strategis di bidang pembangunan kesehatan, Sistem Kesehatan Nasional, pergeseran dalam wacana pengelolaan pemerintahan (governance issues), kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah, dan prinsip reformasi birokrasi (penataan kelembagaan yang efektif dan efisien).

Fungsi pemerintahan yang paling mendasar adalah melayani kepentingan rakyat. Kementerian Kesehatan akan membentuk pemerintahan yang efektif melalui desain organisasi yang tepat fungsi dan tepat ukuran (right sizing), menghilangkan tumpang tindih tugas dan fungsi dengan adanya kejelasan peran, tanggung jawab dan mekanisme koordinasi (secara horisontal dan vertikal) dalam menjalankan program-program Renstra 2020-2024.

Kerangka kelembagaan terdiri dari: 1) sinkronisasi nomenklatur kelembagaan dengan program Kementerian Kesehatan; 2) penguatan kebijakan kesehatan untuk mendukung NSPK dan pengarusutamaan pembangunan berwawasan kesehatan; 3) penguatan pemantauan, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pembangunan kesehatan; 4) penguatan bisnis internal Kementerian Kesehatan yang meliputi pembenahan SDM Kesehatan, pembenahan manajemen, regulasi dan informasi kesehatan; 5) penguatan peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan; 6) penguatan sinergitas pembangunan kesehatan; 7) penguatan program prioritas pembangunan kesehatan ; dan 8) penapisan teknologi kesehatan.

Kerangka kelembagaan untuk mendukung Program P2PML disusun sesuai dengan Kebijakan Pemerintah dan Kementerian Kesehatan, dimana Direktorat P2PML akan berperan aktif terhadap upaya upaya perbaikan yang akan dilakukan untuk memastikan kerangka kelembagaan sesuai dengan tantangan dan kebutuhan Program P2PML.

## BAB IV

### TARGET KINERJA DAN KERANGKA PENDANAAN

Memperhatikan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan , tujuan, arah kebijakan dan strategi Direktorat P2PML sebagaimana diuraikan dalam bab-bab sebelumnya, maka disusunlah target kinerja dan kerangka pendanaan Program Pengendalian Penyakit Menular Langsung 2020-2024.

#### I. TARGET KINERJA

Target kinerja merupakan penilaian dari pencapaian program yang diukur secara berkala dan dievaluasi pada akhir tahun 2024. Sasaran kinerja dihitung secara kumulatif selama lima tahun dan berakhir pada tahun 2024.

Sasaran Program Pengendalian Penyakit Menular Langsung dalam Rencana Aksi Kegiatan ditetapkan dengan merujuk pada sasaran yang ditetapkan dalam RPJMN dan Renstra serta memperhatikan tugas pokok dan fungsi DirektoratP2PML sebagaimana didistribusikan pada Sub Direktorat. Sasaran yang ditetapkan tersebut adalah :

- Pengendalian Penyakit Menular Langsung

Sasaran kegiatan ini adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular langsung dengan indikator:

1. Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC (*TBC Treatment Coverage*).
2. Proporsi Kasus Kusta Baru tanpa Cacat.
3. Persentase ODHA Baru ditemukan yang memulai pengobatan ARV.
4. Persentase kabupaten/kota yang 50% Puskesmasnya melakukan Tatalaksana standar Pneumonia.
5. Persentase kabupaten/kota 80% Puskesmasnya melaksanakan tatalaksana diare sesuai standar.
6. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau C pada populasi berisiko.
7. Jumlah kabupaten/kota dengan eradikasi frambusia.

#### II. KEGIATAN

##### 1. Program Tuberkulosis

Kegiatan percepatan eliminasi Tuberkulosis diselenggarakan berdasarkan Strategi Nasional Tuberkulosis dengan intervensi utama antara lain:

- a. Penemuan kasus secara intensif pada kelompok geriatic, diabetik dan ODHA,

- b. Penemuan kasus secara aktif pada populasi dengan perkiraan insiden 1%, misalnya Warga Binaan Pemasyarakatan, wilayah padat penduduk, asrama, pondok pesantren, optimalisasi kegiatan investigasi kontak, pelacakan kasus mangkir,
- c. Manajemen Infeksi Laten TB: memperluas penggunaan TPT jangka pendek pada kontak serumah (penyediaan bahan habis pakai skrining TB laten yaitu Tuberkulin, dan pengadaan obat TPT)
- d. Perluasan penggunaan TCM untuk diagnosis TB seperti pengadaan mesin TCM, pengadaan bahan habis pakai katrid TCM)
- e. Penggunaan paduan pengobatan jangka pendek untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan
- f. Memperkuat jejaring fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta (PPM) dalam penemuan, tatalaksana, dan pengobatan;
- g. Perluasan Layanan TBC RO pada 514 kabupaten/kota, minimal setiap Kabupaten/kota memiliki 1 RS rujukan TBC RO
- h. Perluasan penggunaan daily dose secara bertahap pada fasilitas pelayanan kesehatan
- i. Pemantauan pengobatan untuk TBC SO dan RO sesuai standar;
- j. Mengoptimalkan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang tuberkulosis kepada masyarakat.
- k. Menghubungkan Sistem Informasi TB dengan sistem pengolahan data laboratorium, logistik, dan indikator kinerja utama dengan sistem informasi kesehatan lainnya baik dalam dan luar Kemnterian Kesehatan (SIHA, SIKDA Generik, DHIS 2, SIMRS, WIFI, Setwapres Gizi-Stunting-TB, BPJS, E Meso)
- l. Menyusun Peraturan Presiden Percepatan Eliminasi Tuberkulosis dan update pedoman penanggulangan tuberkulosis
- m. Pelibatan multisektoral dalam percepatan eliminasi tuberkulosis
- n. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui TOT, orientasi workshop pada petugas TB di provinsi/ kabupaten/kota

## **2. Program Penyakit Tropis Menular Langsung**

- a) Sebagian besar anggaran program P2 Kusta dialihkan menjadi dana dekonsentrasi bagi 34 provinsi. Adapun bentuk kegiatan yang dilakukan adalah advokasi dan sosialisasi bagi LP/LS serta pelatihan singkat bagi petugas; pelaksanaan intensifikasi penemuan kasus kusta dan frambusia di kabupaten/kota endemis; survei desa; pertemuan monitoring evaluasi dan validasi kohort tingkat provinsi; peningkatan kapasitas petugas, dokter puskesmas, dan petugas lab.
- b) Pelatihan Nasional Pemegang Program P2 Kusta dan Frambusia terakreditasi yang diselenggarakan sebanyak 2 *batch*. Pelatihan tersebut terselenggara dengan dana WHO. Dilakukan terutama untuk mengatasi permasalahan tingginya mutasi pengelola program kusta dan frambusia di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

- c) Menyusun draft petunjuk teknis *Drugs Resistance Surveillance*, Petunjuk Teknis Kemoprofilaksis, Petunjuk Teknis Surveilans Kusta, serta revisi Modul dan akreditasi pelatihan pengelola program P2 kusta tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- d) Menyelenggarakan beberapa pertemuan penting secara daring:
  1. Pertemuan Evaluasi Program dan Validasi Data Kohort Nasional P2 Kusta dan Frambusia dalam rangka melakukan monitoring dan evaluasi program yang dilaksanakan oleh provinsi di Indonesia serta melakukan validasi dan finalisasi data tahun 2019.
  2. Pertemuan Koordinasi dan Evaluasi Realisasi Anggaran Dekonsentrasi Tahun 2020 dalam rangka mengevaluasi realisasi kegiatan bersumber dana dekonsentrasi dan koordinasi penyusunan perencanaan kegiatan dekonsentrasi pada tahun selanjutnya.
  3. Pertemuan Integrasi, Evaluasi, Validasi Data, dan Perencanaan Subdit PTML Regional Barat dan Timur dalam rangka melakukan monitoring dan evaluasi program berkala tahun 2020.
  4. Pertemuan Penyusun Teknis *Drugs Resistance Surveillance*, Petunjuk Teknis Kemoprofilaksis, Petunjuk Teknis Surveilans Kusta dengan komite ahli dan pihak terkait.
- e) Melanjutkan pelaksanaan dan melakukan perluasan daerah sasaran Pemberian Obat Pencegahan Kusta (kemoprofilaksis) ke beberapa kabupaten/kota endemis tinggi kusta, yaitu Indramayu, Subang, Kab Tegal, Kota Cilegon, Sampang, Sumenep, Bangkalan, Situbondo, Probolinggo, Jember, Pasurua, Tuban, Kota Bima, Kab Bima, Kota Kupang, Bone, Jeneponto, Bolmong, Bolmut, Minahasa Selatan, Minahasa Utara, Kpta Ternate, Halmahera Barat, Kota Sorong, dan Kota Jayapura.
- f) Rangkaian Peringatan Hari Kusta Sedunia (penyebarluasan Surat Edaran, media briefing, hingga Talkshow Hari Kusta Sedunia)
- g) Melaksanakan kegiatan Bimbingan Teknis dan Monitoring MDT pada kabupaten/kota yang belum mencapai eliminasi kusta, di antaranya di Kota Bima, Kab Dompu, Kab Polewali Mandar, Kab Mamuju, Kab Kolaka Timur, Kab Buton Selatan, dan Kab Serang.
- h) Kegiatan Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama mitra pemerintah yang membawahi bidang kesehatan. Kegiatan ini dilaksanakan pada 2 kabupaten/kota terpilih, yaitu Kabupaten Semarang dan Tegal. Tujuan kegiatan tersebut adalah melakukan advokasi dan sosialisasi program kusta kepada pimpinan setempat serta Lintas Program dan Lintas Sektor untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan kemitraan daerah.
- i) Menyelenggarakan Training or Trainer (TOT) Kemoprofilaksis agar pengelola program provinsi endemis tinggi kusta dapat melakukan pelatihan kemoprofilaksis secara mandiri ke depannya.
- j) Menyusun kurikulum, mengembangkan media Pelatihan Jarak Jauh (*e-learning*), dan menyelenggarakan Workshop e-Learning bersama dengan BPPSDMK Kemenkes RI dan Netherland Leprosy Relief (NLR).
- k) Melanjutkan pengembangan Sistem Informasi Program P2 Kusta dan Frambusia (SITASIA).



### **3. Program HIV AIDS dan PIMS**

Dalam pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS, ditetapkan 6 strategi yang kemudian disusun intervensi dan kegiatan-kegiatan utama untuk mencapai target-target yang telah ditetapkan sebagai berikut:

#### **Strategi-1:**

#### **Penguatan komitmen dari kementerian/lembaga yang terkait di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota**

Strategi ini mendasari intervensi strategi lainnya dengan fokus pada area geografi kabupaten/kota berdasarkan beban penyakit dan tingkat risiko agar dapat lebih cepat menghambat laju epidemi HIV AIDS dan mengakhirinya pada tahun 2030.

#### **Intervensi dan kegiatan utama dalam strategi ini meliputi:**

1.1. Advokasi kebijakan dan tentang pentingnya dukungan sumber daya yang cukup untuk pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS agar tercapai reduksi IMS dan eliminasi HIV tahun 2030.

Kegiatan utama:

1. Memperkuat kerjasama lintas Organisasi Pemerintah Daerah dalam Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS & PIMS agar tersedia dukungan sumber daya guna pencapaian target Standar Pelayanan Minimal Risiko HIV
2. Memperkuat komitmen jajaran pemerintah dalam mewujudkan tersedianya alokasi sumber daya dalam dokumen resmi untuk P2 HIV AIDS & PIMS guna mencapai reduksi PIMS dan eliminasi HIV 2030
3. Advokasi penguatan kompetensi tenaga medis dalam tatalaksana HIV AIDS & PIMS

1.2. Penguatan Kapasitas kementerian/lembaga terkait dan pemerintah daerah untuk mencapai reduksi PIMS demi terwujudnya eliminasi HIV 2030.

Kegiatan utama:

1. Kajian pelaksanaan perundangan yang ada tentang HIV AIDS dan PIMS untuk mengidentifikasi kendala, masalah dan solusi guna memastikan tercapainya reduksi PIMS demi terwujudnya eliminasi HIV 2030
2. Membangun kemandirian ODHA dalam mendapatkan pelayanan HIV AIDS termasuk ART dan sosialisasi kepada petugas fasilitas pelayanan kesehatan terkait kemandirian ODHA dalam mendapatkan pelayanan HIV AIDS termasuk ART
3. Tersedianya pedoman dalam implementasi P2 HIV AIDS & PIMS sesuai jenjang pelayanan & administrasi
4. Perumusan kebijakan tentang HIV AIDS dan PIMS terkait populasi dan tempat-tempat khusus

#### **Strategi-2:**

Peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan skrining, diagnostik dan pengobatan HIV AIDS dan PIMS yang komprehensif dan bermutu

Strategi ini sebagai salah satu upaya untuk mendukung indicator SPM yang ke-12 mengenai skrining HIV yang wajib dilakukan pada setiap kabupaten/kota dan meningkatkan cakupan pengobatan ARV bagi ODHA.

**Intervensi dan kegiatan utama dalam strategi ini meliputi:**

- 2.1 Mengupayakan tersedianya layanan pemerintah dan swasta untuk pencegahan dan skrining HIV AIDS dan PIMS yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat di 514 Kab/Kota oleh pemerintah daerah.  
Kegiatan utama:
  1. Peningkatan kapasitas dan kompetensi layanan Mampu Skrining HIV AIDS dan PIMS untuk masyarakat
  2. Memastikan ibu hamil mendapatkan pelayanan sesuai standar termasuk tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B secara inclusive di fasyankes pemerintah maupun swasta untuk mencapai triple eliminasi
  3. Deteksi dini HIV pada balita melalui Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
  4. Perluasan layanan pencegahan HIV AIDS dan PIMS pada Remaja
  5. Notifikasi pasangan risiko tinggi (risti)
  6. Meningkatkan akses populasi kunci dan khusus pada pelayanan kesehatan HIV AIDS dan IMS melalui penjangkauan oleh komunitas
  7. Pelaksanaan pengurangan dampak buruk
- 2.2 Mengupayakan tersedianya layanan pemerintah dan swasta untuk diagnosis dan pengobatan HIV AIDS dan PIMS yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat di 514 Kab/Kota oleh pemerintah daerah.  
Kegiatan Utama:
  1. Penambahan layanan tes HIV dan IMS
  2. Penguatan proses rujukan internal dan eksternal terutama untuk TBC, Sifilis/IMS, dan Hepatitis
  3. Penguatan ketersediaan logistik untuk melakukan diagnosis dan pengobatan HIV AIDS dan PIMS
  4. Penanganan pada orang terinfeksi HIV dan atau PIMS
  5. Meningkatkan retensi ODHA yang mendapat pengobatan ARV
  6. Revitalisasi program dan layanan IMS diseluruh Fasyankes
  7. Memperkuat layanan HIV AIDS & PIMS sesuai standar diseluruh Puskesmas dan Fasyankes lainnya
  8. Memastikan ibu hamil mendapatkan pelayanan sesuai standar termasuk tes HIV dan Sifilis secara inclusive di fasyankes pemerintah maupun swasta
  9. Mempercepat diagnosa pada bayi yang lahir dari ibu ODHA
  10. Memperkuat akses diagnosis HIV/Sifilis/Hepatitis B pada bayi dari ibu yang terinfeksi
  11. Penguatan Kolaborasi TB HIV
  12. Pengembangan laboratorium diagnostik HIV AIDS dan PIMS
  13. Pengembangan kepesertaan laboratorium dalam pemantapan mutu
- 2.3. Mengupayakan tersedianya akses pemeriksaan laboratorium dalam rangka monitoring pengobatan HIV AIDS di 514 Kab/Kota

Kegiatan Utama:

1. Pengembangan jumlah laboratorium pemantauan hasil pengobatan
  2. Pengembangan laboratorium untuk pemantapan mutu
- 2.4. Mengupayakan tersedianya pelayanan uji saring darah dan tindak lanjutnya di setiap Kab/Kota yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat oleh pemerintah daerah bersama PMI
- Kegiatan Utama:
1. Meningkatkan tata kelola UTD (termasuk penanganan darah donor, rujukan)

### **Strategi 3:**

#### **Penguatan program pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS berbasis data dan dapat dipertanggungjawabkan**

Strategi ini merupakan upaya untuk menunjukkan kinerja dari mulai layanan, kabupaten/kota sampai dengan provinsi yang akan menjadi gambaran umum nasional terhadap keberhasilan program HIV AIDS dan PIMS di Indonesia.

#### **Intervensi dan kegiatan utama dalam strategi ini meliputi:**

- 3.1. Mengupayakan semua aspek program berdasarkan data dan fakta, dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah sesuai peraturan yang berlaku melalui KIE.  
Kegiatan Utama:
  1. Koordinasi dan konsolidasi dengan pihak terkait
  2. Melakukan sosialisasi lintas program kementerian kesehatan dan jajaran kesehatan di daerah tentang perumusan kebijakan P2 HIV AIDS dan PIMS yang berbasis bukti, ilmiah dan sesuai dengan peraturan perundangan
- 3.2. Mengupayakan semua kebijakan dalam promotif, preventif dan kuratif berdasarkan data dan fakta, dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, sesuai dengan peraturan yang berlaku, serta layak didukung dengan sumber daya
  1. Melakukan perhitungan dan penetapan target 5 tahunan P2HIV AIDS dan PIMS berdasarkan data dan fakta, dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah
  2. Melakukan penyusunan kegiatan, langkah-langkah dan dukungan manajemen P2 HIV AIDS dan PIMS berdasarkan data dan fakta, dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah
  3. Melakukan penggerakan pelaksanaan kegiatan P2 HIV AIDS dan PIMS berdasarkan data dan fakta, dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah

### **Strategi-4:**

#### **Penguatan kemitraan dan peran serta masyarakat termasuk pihak swasta, dunia usaha, dan multisektor lainnya baik di tingkat nasional maupun internasional**

Strategi ini merupakan penguatan terhadap kemitraan dan peran serta masyarakat terutama untuk mengurangi stigma dan diskriminasi di masyarakat.

### **Intervensi dan kegiatan utama dalam strategi ini meliputi:**

4.1. Mengupayakan terwujudnya komunikasi antar kementerian/lembaga terkait di pusat dan daerah bersama masyarakat.

Kegiatan Utama:

1. Melakukan komunikasi antar Kementerian/Lembaga terkait
2. Memperkuat komitmen lintas program dan lintas kementerian/lembaga dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS
3. Melakukan kerjasama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk lembaga/individu filantropi dan corporate social responsibility (CSR)
4. Penguatan Komunikasi Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS dengan komunitas (populasi kunci, LSM, dan populasi terdampak)
5. Penguatan Komunikasi Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS dengan Masyarakat (masyarakat umum, kader kesehatan, dan warga peduli AIDS)

4.2. Mengupayakan terwujudnya koordinasi antar kementerian/lembaga terkait di pusat dan daerah bersama masyarakat

Kegiatan Utama:

1. Peningkatan peran kementerian/lembaga dalam pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS
2. Peningkatan peran masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS

4.3. Mengupayakan terwujudnya kolaborasi antar kementerian/lembaga terkait di pusat dan daerah bersama masyarakat

Kegiatan utama:

1. Mengidentifikasi dan mengatasi tantangan pelayanan HIV AIDS dan PIMS beserta solusinya dengan dukungan masyarakat
2. Memperkuat respon masyarakat untuk pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS di semua tingkat

4.4. Mengupayakan penghapusan stigma, diskriminasi, pelanggaran hak asasi dan hambatan hukum melalui perangkat penilaian dan hasilnya dilaporkan secara berjenjang ke Kementerian Kesehatan

1. Memperkuat strategi Kampanye terkait penghapusan stigma dan diskriminasi terkait HIV AIDS dan PIMS
2. Sensitisasi petugas layanan kesehatan terhadap hak atas kesehatan kepada masyarakat
3. Meningkatkan pemahaman bagi populasi kunci dan ODHA terhadap haknya dalam Kesehatan
4. Mengupayakan hilangnya stigma dan diskriminasi terkait HIV AIDS & PIMS oleh tenaga kesehatan dan masyarakat

### **Strategi 5:**

#### **Pengembangan inovasi program sesuai kebijakan pemerintah**

Strategi ini pengembangan inovasi yang dapat dilakukan dalam upaya meningkatkan keberhasilan program pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS serta memberikan reward kepada layanan/kabupaten/kota/provinsi yang telah berhasil memberikan kontribusi terhadap keberhasilan program.

### **Intervensi dan kegiatan utama dalam strategi ini meliputi:**

- 5.1 Mengupayakan perubahan program yang disesuaikan dengan kemajuan ilmu dan teknologi termasuk IT (teknologi informasi dan komunikasi) sesuai dengan kebijakan yang berlaku;  
Kegiatan Utama:
  1. Mengupayakan hilangnya stigma dan diskriminasi terkait HIV AIDS & PIMS oleh tenaga kesehatan dan masyarakat
  2. Diseminasi dan advokasi kegiatan inovasi sesuai hasil penelitian
  3. Melakukan penelitian/kajian aspek KIE P2 HIV AIDS dan PIMS untuk mengidentifikasi terobosan / mengaplikasi inovasi yang berkembang ditingkat global atau mengadaptasi kearifan local
- 5.2 Mengupayakan penggunaan alat dengan teknologi yang mutakhir untuk skrining dan diagnostik (termasuk EID);  
Kegiatan Utama:
  1. Melaksanakan adaptasi pemanfaatan metode, alat skrining, diagnosis, dan obat/regimen baru
  2. Pemanfaatan SIHA 2.0 di seluruh layanan di Indonesia
  3. Mengintegrasikan semua sistim informasi tentang HIV AIDS & PIMS dengan SIHA termasuk konseling online
- 5.3 Mengupayakan penggunaan obat terbaru yang aman, efektif dan efisien;
  1. Pemanfaatan obat baru TLDatau Obat ARV baru lainnya
- 5.4 Mengupayakan penggunaan alat dengan teknologi mutakhir dalam mengevaluasi pengobatan;  
Kegiatan utama:
  1. Pemanfaatan DBS
- 5.5 Mengupayakan peningkatan akses masyarakat pada pelayanan HIV AIDS dan IMS yang komprehensif dan bermutu dengan memanfaatkan pendekatan kesehatan, sosial budaya, ekonomi dan hukum yang efektif dan efisien;  
Kegiatan Utama:
  1. Memasukkan kriteria penilaian program HIV AIDS & PIMS dalam kriteria penilaian Kab/Kota Sehat
  2. Pemanfaatan teknologi baru untuk KIE HIV AIDS & PIMS
  3. Penyediaan aplikasi untuk konsultasi, konseling dan edukasi online program HIV AIDS & PIMS
  4. Meningkatkan akses komunikasi, informasi dan edukasi kepada Kelompok risiko terinfeksi HIV dan PIMS tentang pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS

### **Strategi 6:**

#### **Penguatan manajemen program melalui monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut.**

Strategi ini merupakan pengembangan aplikasi pelaporan pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS melalui SIHA dan mengembangkan surveilan HIV AIDS dan PIMS.

**Intervensi dan kegiatan utama dalam strategi ini meliputi:**

- 1.1 Mengupayakan terlaksananya monitoring, evaluasi program HIV AIDS dan IMS yang efektif dan efisien serta tindak lanjutnya secara berkala, berjenjang oleh SDM yang kompeten menggunakan teknologi IT yang mutakhir untuk dijadikan dasar pengambilan keputusan dan penyempurnaan program;  
Kegiatan utama
  1. Meningkatkan akses komunikasi, informasi dan edukasi kepada Kelompok risiko terinfeksi HIV dan PIMS tentang pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS
  2. Validasi data program pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS
  3. Diseminasi informasi capaian program pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS
  4. Melakukan Monitoring dan Evaluasi P2 HIV AIDS dan PIMS
  5. Melaksanakan pemetaan populasi kunci HIV untuk perbaikan estimasi populasi kunci HIV dan jumlah ODHA
  6. Melaksanakan Survey Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) HIV dan PIMS
  7. Melaksanakan Surveilans Sentinel HIV dan Sifilis (SSH)
  8. Melaksanakan studi etiologi sindrom PIMS secara sentinel
  9. Melaksanakan surveilans resistensi antiviral dan antimikroba
  10. Mengadakan sarana dan prasarana pendukung SIHA
  11. Melatih tenaga yang mengelola SIHA
- 1.2 Mengupayakan teraksesnya data dan informasi hasil monitoring dan evaluasi kegiatan HIV AIDS dan IMS yang dilakukan masyarakat oleh pemerintah secara tepat waktu, aktual dan terpercaya;  
Kegiatan Utama :
  1. Memperkuat kerjasama pemerintah dan masyarakat dalam penelitian, survey, kajian dan sharing data

**4. Program Hepatitis dan ISP**

**a. Layanan Pengendalian Hepatitis**

1. Koordinasi pencegahan dan pengendalian
2. Pertemuan Koordinasi Komite Ahli
3. Pertemuan koordinasi LP/LS
5. Sosialisasi dan Diseminasi Pencegahan dan Pengendalian Hepatitis
  - a. Sosialisasi dan Advokasi dengan Lintas sector
  - b. Sosialisasi Tatalaksana program hepatitis (pada anak, bumil, dewasa)
5. NSPK Pengendalian Hepatitis
  - a. Review NSPK
  - b. Penyusunan NSPK baru
6. Deteksi dini dan respon
  - a. Surveilans sentinel hepatitis B dan C
  - b. Peningkatan jejaring layanan deteksi dini hepatitis

7. Pengadaan alat dan bahan sarana dan prasarana P2 hepatitis (seperti RDT HbsAg, RDT anti HBs, HBIG, RDT Anti HCV, Catrit HCV RNA, Vaksin Hepatitis B)
  - a. Pengembangan/pemeliharaan aplikasi Sistem informasi SIHEPI
  - b. Peningkatan Kapasitas petugas SDM dalam P2 Hepatitis
  - c. Bimbingan Teknis Program Hepatitis

**b. Layanan Pengendalian PISP**

1. Koordinasi pencegahan dan pengendalian
  - a. Pertemuan Koordinasi Komite Ahli
  - b. Pertemuan koordinasi LP/LS
2. Sosialisasi dan Diseminasi Pencegahan dan Pengendalian PISP
  - a. Sosialisasi dan Advokasi dengan Lintas sektor
  - b. Sosialisasi Tatalaksana program Diare dan PISP
3. NSPK Pengendalian PISP
  - a. Review NSPK
  - b. Penyusunan NSPK baru
4. Deteksi dini dan respon
  - a. Surveilans PISP
  - b. SKD KLB
  - c. Manajemen Zink di lokasi stunting
5. Pengadaan alat dan bahan sarana dan prasarana P2 hepatitis (RDT Tifoid, RDT Hepatitis A)
  - a. Peningkatan Kapasitas petugas SDM dalam P2 PISP
  - b. Bimbingan Teknis Program

**5. Program ISPA**

- A. Advokasi dan sosialisasi Program P2 ISPA melalui kegiatan Germas, workshop, peringatan Hari Pneumonia Sedunia serta mendorong daerah untuk menyusun rencana kontijensi pandemi influenza
- B. Meningkatkan kapasitas SDM dalam deteksi dini dan tata laksana pneumonia dan MTBS bagi tenaga kesehatan melalui pelatihan, orientasi, workshop dan *On the Job Training* baik oleh Program P2 ISPA sendiri maupun bersama lintas program lain seperti KIA
- C. Peningkatan dan penguatan kerja sama lintas program maupun lintas sektor dengan program KIA, promosi kesehatan, surveilans, yankes, farmakes, Badan Litbangkes, kesehatan lingkungan, BNPB dan lainnya dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit ISPA
- D. Koordinasi untuk ketersediaan sarana prasarana sesuai standar yang sudah ditetapkan untuk mendukung Program P2 Pneumonia di fasilitas Kesehatan
- E. Koordinasi untuk ketersediaan obat sesuai standar yang sudah ditetapkan untuk mendukung Program P2 Pneumonia di fasilitas Kesehatan

- F. Pengembangan dan pelaksanaan Surveilans Influenza yaitu Surveilans *Influenza Like Illness* dan *Severe Acute Respiratory Infection* di sentinel yang sudah ditetapkan
- G. Penguatan kualitas pencatatan dan pelaporan data Program P2 ISPA
- H. Penguatan kemitraan dengan organisasi profesi seperti IDAI, PDPI, PAPDI dan lainnya untuk meningkatkan layanan Program P2 ISPA yang komprehensif

### III. KERANGKA PENDANAAN

Kerangka pendanaan Kementerian Kesehatan meliputi peningkatan pendanaan dan efektifitas pendanaan. Peningkatan pendanaan kesehatan dilakukan melalui peningkatan proporsi anggaran kesehatan secara signifikan sehingga mencapai 5% dari APBN pada tahun 2020. Peningkatan pendanaan kesehatan juga melalui dukungan dana dari Pemerintah Daerah, swasta dan masyarakat serta sumber dari tarif/pajak maupun cukai. Guna meningkatkan efektifitas pendanaan pembangunan kesehatan maka perlu mengefektifkan peran dan kewenangan Pusat-Daerah, sinergitas pelaksanaan pembangunan kesehatan Pusat-Daerah dan pengelolaan DAK yang lebih tepat sasaran.

Dalam upaya meningkatkan efektifitas pembiayaan kesehatan maka pendanaan kesehatan diutamakan untuk peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui program Jaminan Kesehatan Nasional, penguatan kesehatan pada masyarakat yang tinggal di daerah terpencil, kepulauan dan perbatasan, penguatan sub-sub sistem dalam Sistem Kesehatan Nasional untuk mendukung upaya penurunan Angka Kematian Ibu, Bayi, Balita, peningkatan gizi masyarakat dan pengendalian penyakit dan serta penyehatan lingkungan.

Untuk mendukung upaya kesehatan di daerah, Kementerian Kesehatan memberikan porsi anggaran lebih besar bagi daerah melalui DAK, TP, Dekonsentrasi, Bansos dan kegiatan lain yang diperuntukkan bagi daerah.

Pendanaan Program P2PML diarahkan untuk memenuhi kebutuhan pembiayaan (anggaran) untuk mencapai target indikator program P2PML yang ditetapkan. Pengalokasian anggaran program dilakukan pada tingkat pusat, daerah dan UPT dengan memperhatikan kewajiban dan kewenangan masing masing serta memperhatikan asas efektifitas dan efisiensi penganggaran.

Sesuai dengan kebijakan pemerintah, alokasi anggaran untuk dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota yang dilakukan melalui mekanisme Dekon TP secara bertahap akan dilakukan melalui mekanisme DAK dan dilakukan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku dengan tetap memperhatikan target prioritas nasional bidang P2PML.



Sumber pendanaan program P2P dalam kurun waktu 5 tahun mendatang masih tertumpu pada APBN (rupiah murni) disertai dengan optimalisasi pemanfaatan anggaran bersumber PNBPN. Pendanaan bersumber PHLN akan dilakukan secara selektif dan dilakukan hanya untuk mencapai target indikator program dan kegiatan yang telah ditetapkan.

Kegiatan dengan pembiayaan bersumber hibah yang saat ini sedang berlangsung dan akan berakhir sebelum tahun 2020 saat ini akan dievaluasi hasilnya untuk menjadi input berlanjut atau tidaknya kegiatan bersumber hibah.

**Tabel Kerangka Pendanaan Tahun 2020 – 2024**

No	Indikator	Alokasi Anggaran (dalam juta rupiah)				
		2020	2021	2022	2023	2024
01	Menurunnya angka kesakitan dan kecacatan akibat penyakit menular langsung	529.896	721.633	856.946	986.342	1.099.460
	(1) Cakupan penemuan dan pengobatan TBC ( <i>TBC treatment coverage</i> ).	<b>422.442</b>	<b>1.242.167</b>	<b>1.316.697</b>	<b>1.395.699</b>	<b>1.479.441</b>
	(2) Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	<b>6.900</b>	<b>63.232</b>	<b>65.191</b>	<b>69.658</b>	<b>69.746</b>
	(3) Persentase ODHA baru	<b>100.192</b>	<b>133.581</b>	<b>122.646</b>	<b>113.328</b>	<b>114.996</b>

ditemukan yang memulai pengobatan ARV					
(4) Persentase kabupaten/kota yang 50% puskesmasnya melaksanakan tatalaksana pneumonia sesuai standar	<b>428.193.530</b>	<b>14.249.261</b>	<b>14.521.378</b>	<b>15.140.265</b>	<b>15.140.265</b>
(5) Persentase kabupaten/kota yang 80% puskesmasnya melaksanakan tatalaksana diare sesuai standar	<b>80.142</b>	<b>90.936</b>	<b>109.172</b>	<b>119.966</b>	<b>130.760</b>
(6) Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini hepatitis B dan atau C pada populasi berisiko	<b>220.905</b>	<b>306.241</b>	<b>374.475</b>	<b>404.431</b>	<b>433.148</b>

(7) Jumlah kabupaten/kota dengan eradikasi frambusia	<b>561</b>	<b>4.094</b>	<b>8.502</b>	<b>8.750</b>	<b>9.268</b>
--	------------	--------------	--------------	--------------	--------------

## **BAB V. PEMANTAUAN, PENILAIAN, PELAPORAN**

### **A. PEMANTAUAN**

Pemantauan dimaksudkan untuk mensinkronkan kembali keseluruhan proses kegiatan agar sesuai dengan rencana yang ditetapkan dengan perbaikan segera agar dapat dicegah kemungkinan adanya penyimpangan ataupun ketidaksesuaian yang berpotensi mengurangi bahkan menimbulkan kegagalan pencapaian tujuan dan sasaran. Untuk itu, pemantauan diarahkan guna mengidentifikasi jangkauan pelayanan, kualitas pengelolaan, permasalahan yang terjadi serta dampak yang ditimbulkannya. Selain hal tersebut pemantauan juga dilakukan dalam rangka memastikan target indikator yang ditetapkan berjalan sesuai dengan track dan melakukan upaya dini jika ditemukan kendala dalam pelaksanaan kegiatan.

Pemantauan dilakukan secara rutin baik bulanan ataupun triwulanan dan merupakan hasil kegiatan dan penugasan di setiap staf, subbag/seksi dan subdit/bagian secara berjenjang yang dilakukan melalui kegiatan kunjungan dilapangan dan atau pertemuan.

### **II. PENILAIAN**

Penilaian Rencana Aksi Kegiatan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung bertujuan untuk menilai keberhasilan penyelenggaraan program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung di Indonesia. Penilaian dimaksudkan untuk memberikan bobot atau nilai terhadap hasil yang dicapai dalam keseluruhan pentahapan kegiatan, untuk proses pengambilan keputusan apakah suatu program atau kegiatan diteruskan, dikurangi, dikembangkan atau diperkuat. Untuk itu penilaian diarahkan guna mengkaji efektifitas dan efisensi pengelolaan program. Penilaian kinerja Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung dilaksanakan berdasarkan indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam pencapaian sasaran.

### **III. PELAPORAN**

Pelaporan sebagai bentuk informasi dan bentuk penyajian fakta tentang suatu keadaan atau suatu kegiatan. Fakta yang disajikan merupakan bahan atau keterangan untuk informasi yang dibutuhkan, berdasarkan keadaan sebenarnya atas suatu kegiatan atau pekerjaan. Dalam kegiatan ini pelaporan dilakukan dalam bentuk laporan bulanan sampai dengan laporan tahunan.

## **BAB VI. PENUTUP**

Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung Tahun 2020-2024 ini disusun untuk menjadi acuan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian upaya Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung dalam kurun waktu lima tahun ke depan. Dengan demikian, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung mempunyai target kinerja yang telah disusun dan akan dievaluasi pada pertengahan periode (2022) dan akhir periode 5 tahun (2024) sesuai ketentuan yang berlaku.

Penyusunan dokumen ini melibatkan semua Sub Direktorat di Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung . Oleh karena itu kepada semua pihak yang telah berkontribusi disampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Diharapkan melalui penyusunan Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung ini, dapat memberikan kontribusi yang bermakna dalam pembangunan kesehatan untuk menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan akibat penyakit menular serta pencapaian sasaran program berdasarkan komitmen nasional dan internasional.

Apabila di kemudian hari diperlukan adanya perubahan pada dokumen ini, maka akan dilakukan penyempurnaan sebagaimana mestinya.