



**RENCANA AKSI
PROGRAM
(RAP)**

TAHUN 2020-2024

**DITJEN PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN PENYAKIT**

Kata Pengantar

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

Penyusunan Rencana Aksi Program ini bertujuan lebih meningkatkan kualitas dan kuantitas pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian penyakit dengan menjabarkan tujuan dan sasaran strategis, arah kebijakan dan strategi, target kinerja dan kegiatan, pemantauan dan pelaporan.

Sebagai buku Rencana Aksi Program 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/ kegiatan, dan upaya rencana aksi. Selanjutnya kedepan akan terus disempurnakan dan disesuaikan dengan perkembangan kegiatan. Diharapkan program dan kegiatan dalam RAP tahun 2020-2024 dapat dijadikan dasar dan acuan oleh seluruh pemangku kepentingan dalam melaksanakan upaya meningkatkan kualitas dan kuantitas program P2P. Bagi kepala Bagian dibawah Direktorat Jenderal P2P, diharapkan RAK 2020-2024 dapat digunakan sebagai acuan dalam menyusun Rencana Kerja dan Sasaran Kerja Pegawai.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berproses bersama dan mendukung tersusunnya Rencana Aksi Program (RAP) 2020-2024 ini, semoga buku ini menjadi dokumen bersama dan dijadikan acuan dalam pelaksanaan Dukungan Manajemen semoga bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, Agustus 2020

Dirjen P2P

Dr. Achmad Yurianto

NIP.

DAFTAR ISI

<i>Kata Pengantar</i>	2
<i>BAB I. PENDAHULUAN</i>	5
I. LATAR BELAKANG	5
II. KONDISI UMUM, POTENSI DAN PERMASALAHAN	6
A. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular	6
B. Penyakit Menular	8
III. LINGKUNGAN STRATEGIS	14
A. Lingkungan Strategis Nasional	14
B. Lingkungan Strategis Regional	16
C. Lingkungan Strategis Global	17
<i>BAB II. TUJUAN DAN SASARAN STRATEGIS DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT</i>	18
I. Tujuan	18
II. Sasaran Strategis	19
<i>BAB III. ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI, KERANGKA REGULASI DAN KERANGKA KELEMBAGAAN</i>	23
I. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI	23
II. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI DITJEN P2P	23
III. KERANGKA REGULASI	24
IV. KERANGKA KELEMBAGAAN	24
<i>BAB IV. TARGET KINERJA DAN KERANGKA PENDANAAN TARGET KINERJA</i>	26
I. KEGIATAN	27
A. Kegiatan Surveilans dan Karantina Kesehatan	27
B. Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik	27
C. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung	28
D. Pengendalian Penyakit Tidak Menular	28
E. Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA	28
F. Dukungan Pelayanan Surveilans dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat	29
G. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya Pada Program Pencegahan dan pengendalian penyakit	29

II. KERANGKA PENDANAAN	29
BAB V. PEMANTAUAN, PENILAIAN, PELAPORAN	31
I. PEMANTAUAN	31
II. PENILAIAN.....	31
III. PELAPORAN	32
BAB VI. PENUTUP.....	33

BAB I. PENDAHULUAN

I. LATAR BELAKANG

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 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.

II. KONDISI UMUM, POTENSI DAN PERMASALAHAN

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

Dilihat dari beban penyakit (diseases burden) yang diukur dengan Disability Adjusted Life Years (DALYs), telah terjadi transisi epidemiologi dalam tiga dekade terakhir; penyakit menular/KIA/gizi telah menurun dari 51,3% pada tahun 1990 menjadi 23,6% pada tahun 2017, penyakit tidak menular (PTM) naik dari 39,8% pada tahun 1990 menjadi 69,9% pada tahun 2017, serta cedera turun dari 8,9% pada tahun 1990 menjadi 6,5% pada tahun 2017. Indonesia mengalami beban ganda, di satu sisi PTM naik dengan signifikan, namun masih dihadapkan pada penyakit menular yang belum tuntas.

Ancaman kesehatan masyarakat lainnya yang tidak dapat diabaikan adalah ancaman dalam bentuk risiko biologi, kimia, terorisme, radio-nuklir, penyakit zoonosis (penyakit tular hewan), kedaruratan kesehatan masyarakat, dan ancaman penyakit yang baru muncul (new emerging diseases). Adanya pandemi Covid-19 di tahun 2020 harus dipergunakan sebagai pembelajaran terkait kesiapsiagaan menghadapi penyakit baru muncul (new emerging diseases), khususnya dalam menyiapkan sistem kesehatan yang mampu merespon kegawatdaruratan kesehatan masyarakat. Sekitar 70% dari penyakit infeksi pada manusia yang baru adalah penyakit zoonosis, yang sangat dipengaruhi oleh interaksi antara manusia dan lingkungannya. Penduduk Indonesia yang padat dengan geografis yang luas menyebabkan terbukanya transportasi di dalam negeri maupun antar negara yang dapat menyebabkan masuknya agen penyakit baru

A. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Dalam periode tiga dekade terakhir, telah terjadi perubahan beban penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Hal ini dapat dilihat dari perubahan penyebab utama *Disability Adjusted Life Years (DALYs) lost*. Penyebab utama *DALYs lost* tahun 1990 adalah *neonatal disorders*, *lower respiratory infection*, *diarrheal disease*, *tuberculosis* dan *stroke*. Pada tahun 2017, lima penyebab utama *DALYs lost* adalah *stroke*, *ischemic heart disease*, *diabetes*, *neonatal disorders* dan *tuberculosis*. *DALYs lost* akibat stroke mengalami peningkatan dari peringkat kelima pada tahun 1990 menjadi peringkat pertama pada tahun 2017, dengan peningkatan sebesar 93,4%. Peningkatan yang tajam *DALYs lost* dari tahun 1990 ke tahun 2017 terutama terlihat pada penyakit diabetes (157,1%), penyakit jantung iskemik (113,9%) dan kanker paru (113,1%).

Hal ini merupakan fenomena yang dialami oleh sebagian besar negara berkembang oleh karena terjadinya perubahan status sosial ekonomi masyarakat yang berujung pada perubahan gaya hidup. Secara umum faktor risiko penyakit tidak menular dibagi dalam tiga kelompok, yakni faktor risiko gangguan metabolik, faktor risiko perilaku, dan faktor risiko lingkungan.

Faktor risiko utama PTM adalah faktor metabolik (tekanan darah tinggi, gula darah tinggi, obesitas, dislipidemia, gangguan fungsi ginjal, malnutrisi pada maternal dan anak), faktor perilaku (perilaku diet, merokok, risiko kesehatan kerja, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol), dan faktor lingkungan (polusi udara, kekerasan, kemiskinan).

Pola makan tidak sehat berkontribusi pada terjadinya PTM. Makanan tinggi gula, garam, dan lemak dan rendah serat merupakan kontributor terjadinya PTM. Hasil Survei Konsumsi Makanan Individu tahun 2016, secara nasional penduduk Indonesia mengonsumsi gula kategori berisiko (>50 gram per orang per hari) sebesar 4,8 persen, serta mengasup natrium dan lemak kategori berisiko (> 2.000 mg dan 14 - 67 g) masing-masing sebesar 18,3 persen dan 26,5 persen. Proporsi penduduk kurang konsumsi sayur dan buah telah meningkat dari 93,5% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 95,5% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Hal ini mengindikasikan bahwa diet orang Indonesia berisiko untuk timbulnya penyakit tidak menular. Untuk memperbaiki pola diet, perlu ditingkatkan upaya edukasi kepada masyarakat dan aksi lintas sektor. Dianjurkan konsumsi Gula, Garam, Lemak (GGL) per hari tidak lebih dari 4 sendok makan gula, 1 sendok teh garam, dan 5 sendok makan lemak. Perlu dukungan aksi lintas sektor terkait labelisasi makanan tinggi gula, garam, dan lemak, termasuk pengenaan pajak khusus.

Merokok adalah faktor risiko keempat yang berkontribusi terhadap *DALYs lost*. Prevalensi perokok pada remaja (usia 10-18 tahun) telah naik dari 7,2% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 9,1% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Angka ini semakin menjauh dari target RPJMN 2029 yakni sebesar 5,4%. Prevalensi perokok lebih tinggi pada penduduk miskin, tinggal di perdesaan, dan kelompok usia yang lebih tua. Harus diwaspadai penggunaan rokok elektrik pada remaja, karena uap rokok elektrik mengandung zat-zat toksik yang berbahaya untuk kesehatan. Sebagai upaya menurunkan prevalensi perokok, termasuk perokok pemula (remaja), perlu dilakukan upaya 1) mengadopsi Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau, 2) menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), 3) program stop merokok (*quit smoking*), 4) menaikkan cukai dan harga rokok (pemberlakuan *sin tax*), dan 5) pelarangan iklan, promosi dan sponsor rokok.

Faktor risiko lain terkait penyakit tidak menular adalah kurang aktivitas fisik. Telah terjadi peningkatan proporsi kurang aktivitas fisik pada penduduk umur \geq 10 tahun dari 26,1% tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 33,5% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Dengan kemajuan ekonomi, teknologi, dan transportasi, maka kehidupan masyarakat cenderung *sedentary* (kurang gerak).

Faktor risiko penyakit tidak menular berikutnya adalah faktor metabolik, yakni hipertensi, gangguan kadar gula darah, dan obesitas. Data memperlihatkan

terjadinya peningkatan prevalensi hipertensi dari 25,8% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 34,1% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Prevalensi diabetes melitus penduduk umur 15 tahun ke atas berdasarkan konsensus Perkeni 2011, telah terjadi kenaikan dari 6,9% tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 8,5% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Bahkan, bila menggunakan konsensus Perkeni 2015, prevalensi diabetes tahun 2018 adalah 10,9%. Ini menunjukkan kecenderungan penyakit diabetes akan naik terus secara tajam apabila pengendaliannya tidak dilakukan secara serius.

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular lain yang mendorong munculnya faktor metabolik (penyakit jantung, diabetes, kanker, hipertensi, dislipidemia). Prevalensi obesitas (Indeks masa tubuh ≥ 27) meningkat dari 15,4% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 21,8% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Hal ini sejalan dengan peningkatan proporsi obesitas sentral dari 26,6% di tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 31% di tahun 2018 (Riskesdas 2018).

Cedera sebagai bagian dari PTM juga harus mendapatkan perhatian. Rumah dan lingkungannya merupakan lokasi terjadinya cedera terbanyak, yakni 44,7%, disusul kemudian di jalan raya (31,4%) dan tempat bekerja (9,1%) (Riskesdas 2018). Berdasarkan *Sample Registration System* (SRS) tahun 2014, kecelakaan lalu lintas menempati urutan ke-8 penyebab kematian di Indonesia, dan merupakan penyebab utama kematian pada usia 4 – 14 tahun.

Melihat semakin mengkhawatirkannya faktor risiko penyakit tidak menular, khususnya faktor metabolik dan faktor perilaku, maka diperlukan upaya-upaya strategis diantaranya peningkatan upaya promotif dan preventif serta edukasi kepada masyarakat terkait pencegahan faktor risiko, peningkatan skrining dan deteksi dini PTM di semua puskesmas, jejaring dan jaringannya (pendekatan PIS-PK), penguatan upaya pemberdayaan masyarakat terkait pengendalian penyakit tidak menular (penguatan posbindu, pos UKK), perbaikan mutu pelayanan melalui penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai garda depan (*gate keeper*) dan sistem rujukan antara FKTP dan FKRTL dan peningkatan aksi multisektoral terkait Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).

Untuk menanggulangi masalah PTM, maka upaya intervensi yang komprehensif dan holistik harus dilakukan, yakni promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sebagai kesatuan *continuum of care*.

Pendekatan strategis untuk menurunkan beban PTM adalah peningkatan upaya promotif dan preventif melalui pembudayaan GERMAS, pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian faktor risiko PTM, dan peningkatan aksi multisektoral.

B. Penyakit Menular

Kebutuhan untuk mengendalikan faktor risiko utama untuk menurunkan beban penyakit menular harus dipantau melalui pengawasan atau surveilans yang efektif secara rutin dan terkoordinasi. Tiga penyakit menular yang perlu menjadi perhatian khusus adalah tuberkulosis, HIV/AIDS dan malaria, selain penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Perhatian khusus juga ditujukan untuk penyakit-penyakit infeksi baru yang menyebabkan kedaruratan kesehatan masyarakat, serta penyakit-penyakit tropis terabaikan (*neglected tropical diseases*)

1. Tuberkulosis

Indonesia merupakan salah satu dari lima negara dengan jumlah kasus TBC terbesar di dunia. Jumlah kasus TBC di dunia sebesar 56% berada di lima negara, yakni India, China, Indonesia, Filipina dan Pakistan (WHO, 2019).

Berdasarkan hasil Studi Inventori TB Tahun 2017, insiden TBC di Indonesia adalah 319 per 100.000 penduduk, atau setara sekitar 842.000 kasus. Dari studi ini dapat diidentifikasi bahwa telah terjadi *under-reporting* sebesar 41%, meliputi *under-reporting* di puskesmas sebesar 15%, dan pada fasyankes non-puskesmas (rumah sakit, klinik, dokter praktik mandiri dan laboratorium) sebesar 71%. Untuk MDR TB, prevalensi pada kasus baru adalah sebesar 1,4% dan pada kasus lama (pengobatan ulang) sebesar 13,1% (Studi MDR TB 2017).

Dengan demikian untuk memperbaiki program penanggulangan TBC pada dasarnya mencakup tiga hal, yakni:

- 1) Meningkatkan cakupan deteksi kasus kelompok risiko (individu kontak dengan penderita, pasien HIV/AIDS, pasien diabetes, perokok, penjara, hunian padat).
- 2) Memperkuat Sistem Informasi TB Terpadu (SITT) dengan mensinergikan puskesmas, rumah sakit (pemerintah dan swasta), klinik, dan dokter praktik mandiri. Ini diperlukan tata kelola yang kuat oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.
- 3) Meningkatkan cakupan penemuan kasus dan pengobatan pada MDR TB.

2. HIV/AIDS

Indonesia mengalami peningkatan kasus infeksi HIV baru dengan estimasi 630.000 orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Sekalipun selama ini telah dilakukan perluasan akses pelayanan HIV dan pengobatan ARV pada ODHA untuk memperpanjang hidup dan membatasi penularan selanjutnya, data tahun 2017 menunjukkan hanya 42% ODHA yang mengetahui statusnya dan hanya 14% ODHA

yang menerima ARV. Provinsi Papua Barat dan Papua memiliki kasus HIV tertinggi dibandingkan provinsi lainnya, yaitu hampir 8 sampai 15 kali lebih besar dibanding angka nasional.

Insiden HIV merupakan gambaran jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi berumur > 15 tahun pada periode tertentu. Angka tersebut merupakan indikator *impact* yang menggambarkan besaran transmisi penyakit di populasi. Semakin turun insidens, maka akan semakin kecil penambahan ODHA, yang pada akhirnya menuju eliminasi penyakit HIV. Insidens HIV pada tahun 2019 adalah 0,24 per 1.000 penduduk.

Kasus HIV sebagian besar terkonsentrasi pada 'populasi kunci' yang merupakan populasi paling rentan karena perilaku berisiko tinggi, seperti Pekerja Seks Perempuan (PSP), Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL), waria dan pengguna narkoba suntik (penasun). Di antara populasi kunci ini, prevalensi mencapai 30% atau hampir 100 kali lipat lebih tinggi dari pada populasi orang dewasa pada umumnya (0,3%). Stigma dan diskriminasi tetap menjadi hambatan dalam mengakses layanan untuk pencegahan, tes dan pengobatan HIV. Untuk mencegah meningkatnya prevalensi HIV, maka pendekatannya adalah:

- 1) Edukasi kepada kelompok risiko terkait pencegahan (seks aman, penggunaan jarum suntik aman pada penasun),
- 2) Penyediaan sarana test HIV di fasyankes,
- 3) Peningkatan penemuan kasus pada kelompok risiko tinggi (pekerja seksual, penasun, waria),
- 4) Pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi. Salah satu upaya yang dilakukan adalah skrining HIV pada semua ibu hamil saat kontak pertama kali dengan tenaga kesehatan. Dengan skrining ibu hamil sedini mungkin diharapkan dapat terjaring kasus lebih awal, sehingga dapat dilakukan tata laksana untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayinya.

3. Malaria

Di tahun 2017, 52% dari 514 kabupaten/kota di Indonesia telah diklasifikasikan sebagai daerah bebas malaria. Beban malaria paling tinggi ada di lima provinsi di Indonesia Timur (Papua, Papua Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Maluku Utara). Provinsi-provinsi ini memiliki populasi hanya 5% dari seluruh penduduk Indonesia, namun menyumbang 70% dari kasus malaria di Indonesia. Kendala dari eliminasi malaria adalah status sosial ekonomi yang rendah, karakteristik geografis (daerah yang sulit dijangkau, hutan, pertambangan dan area penebangan), SDM yang kurang terlatih, dan kekurangan alat Rapid Test (RDT).

Untuk peningkatan percepatan eliminasi malaria, maka perlu peningkatan pendekatan EDAT (*Early Diagnosis and Treatment*), dengan melakukan peningkatan kapasitas SDM, pembentukan kader malaria desa untuk deteksi kasus, penyediaan RDT dan obat, serta peningkatan surveilans.

4. Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi

Berdasarkan data Riskesdas, cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) pada tahun 2013 baru mencapai 59,2% dan pada tahun 2018 sedikit turun menjadi 57,9%. Provinsi-provinsi yang menunjukkan penurunan terbesar adalah Gorontalo (19%), Aceh (18,8%) dan Riau (17,8%). Rendahnya cakupan imunisasi ini menyebabkan munculnya beberapa penyakit PD3I, seperti campak, difteri dan polio.

Faktor yang mempengaruhi rendahnya cakupan imunisasi mencakup sisi *supply* maupun *demand*. Dari sisi *supply*, hanya 70% dari *cold-chain* dalam kondisi yang sempurna, 18% cukup memadai dan 12% membutuhkan perbaikan. Dari sisi *demand*, ada penolakan terhadap imunisasi dengan berbagai alasan. Kantong-kantong dengan cakupan imunisasi rendah bisa menyebabkan munculnya kasus dan bisa menjadi sumber penularan ke daerah lain. Pengenalan vaksin baru (seperti *Mumps* dan *Rubella*, *Japanese Encephalitis*, *Pneumokokus* dan *Rotavirus*) perlu terus ditingkatkan.

Perbaikan program imunisasi dilakukan melalui dua pendekatan, yakni:

- 1) Meningkatkan cakupan imunisasi melalui peningkatan kegiatan luar gedung dan perbaikan pencatatan/monitoring (penggunaan PWS imunisasi), untuk mencapai *Universal Child Immunization* (UCI) pada seluruh kabupaten/kota sampai level desa/kelurahan, dan
- 2) Peningkatan mutu imunisasi melalui perbaikan rantai dingin (*cold chain*) dan peningkatan kapasitas SDM imunisasi.

5. Penyakit infeksi baru dan kedaruratan kesehatan masyarakat

Ancaman ketahanan kesehatan dapat muncul dalam bentuk ancaman biologi, kimia, terorisme, radio-nuklir, penyakit baru, kekurangan pangan, terlepas dari asal atau sumbernya. Sekitar 70% dari penyakit infeksi pada manusia yang (baru) muncul adalah penyakit *zoonosis*. Munculnya penyakit Covid-19 pada akhir tahun 2019 yang telah diumumkan oleh Badan Kesehatan Dunia pada awal tahun 2020

sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD) dan pandemi telah membuka mata kita semua bahwa setiap negara termasuk Indonesia harus melakukan kesiapsiagaan (*preparedness*) dalam menghadapi penyakit infeksi baru, baik kemampuan pencegahan (*to prevent*), penemuan (*to detect*), dan merespon (*to respond*).

Terbukanya transportasi secara luas di dalam negeri maupun antar negara dapat menyebabkan kedaruratan kesehatan masyarakat. Untuk itu, respon ketahanan kesehatan atau *health security* penting untuk dilakukan. Evaluasi eksternal gabungan atau *Joint External Evaluation* (JEE) tahun 2017 mengidentifikasi bahwa sistem ketahanan kesehatan Indonesia masih lemah di bidang koordinasi dengan sektor lain dalam pencegahan, deteksi dan respon terhadap kondisi darurat kesehatan masyarakat; kualitas pengawasan, khususnya terkait patogen yang resisten terhadap antibiotik, penyakit infeksi baru, dan PD3I; dan analisis dan komunikasi data. Karena penyakit infeksi baru hampir semuanya bersifat *zoonosis* dan berkaitan dengan lalu lintas hewan, manusia dan komoditas, maka keterlibatan lintas sektor dengan pendekatan *one health* (manusia, hewan, dan lingkungan) menjadi penting. Untuk memperkuat pengendalian penyakit infeksi baru dan kedaruratan kesehatan masyarakat, maka diperlukan peningkatan pencegahan dan mitigasi (*to prevent*), peningkatan kemampuan deteksi/diagnosis (*to detect*) termasuk penguatan sistem laboratorium nasional dan sistem surveilans, dan peningkatan kemampuan respon terhadap kasus yang muncul (*to respond*) termasuk penyiapan sarana, prasarana, dan SDM yang kompeten.

6. Penyakit Tropis Terabaikan (Neglected Tropical Diseases)

Beberapa penyakit tropis terabaikan masih menjadi masalah di Indonesia, yaitu filariasis, kusta, frambusia dan schistosomiasis. Penyakit-penyakit ini menjadi target yang harus diselesaikan.

Filariasis, yang dikenal sebagai penyakit kaki gajah masih endemis di 236 kabupaten/kota di Indonesia. Pada semester I tahun 2019 terdapat 23 kabupaten/kota telah menerima sertifikat eliminasi filariasis dari Menteri Kesehatan. Penyakit kaki gajah tidak menyebabkan kematian namun menjadi salah satu penyebab utama kecacatan permanen dalam jangka panjang. Sampai dengan tahun 2018 tercatat 12.667 kasus kronis filariasis yang tersebar di seluruh provinsi di Indonesia. Upaya eliminasi filariasis dilaksanakan secara terpadu dengan dua pilar utama strategi penanggulangan, yaitu:

- 1) Memutus rantai penularan filariasis melalui Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM).

- 2) Mencegah dan membatasi kecacatan melalui penatalaksanaan kasus kronis filariasis.

Schistosomiasis, Indonesia merupakan satu-satunya negara di Asia Tenggara yang masih menjadi lokasi endemis schistosomiasis (demam keong). Penyakit yang disebabkan oleh *Schistosoma Japonicum* ini pertama kali ditemukan di Lindu Provinsi Sulawesi Tengah pada tahun 1937. Schistosomiasis di Indonesia hanya ada di 28 desa yang tersebar di Kabupaten Sigi dan Poso Provinsi Sulawesi Tengah. Penyakit ini dapat menyebabkan anemia sehingga memicu kekerdilan (*stunting*) dan berkurangnya kemampuan belajar pada anak-anak. Pada orang dewasa, schistosomiasis kronis berakibat pada menurunnya kemampuan untuk bekerja sehingga berdampak buruk pada ekonomi dan kesehatan masyarakat. Apabila penyakit kronis ini tidak ditangani dengan tepat dapat mengakibatkan kematian. Upaya pengendalian penyakit ini telah berjalan selama 35 tahun namun belum mampu melakukan eradikasi. Untuk eradikasi schistosomiasis, Kementerian Kesehatan bersama Bappenas telah menyusun peta jalan eradikasi schistosomiasis dengan pendekatan manajemen lingkungan terpadu untuk memberantas keong (*Oncomelania Hupensis*) dengan melibatkan lintas sektor dan seluruh pemangku kepentingan, melakukan pengobatan masal untuk memutus rantai penularan, dan melakukan surveilans melalui pemeriksaan telur di tinja. Sebagai upaya untuk mempercepat eradikasi, maka peta jalan yang telah disusun harus secara konsisten dilaksanakan, dengan disertai penguatan pemberdayaan masyarakat.

Kusta, sejak tahun 2000 Indonesia dinyatakan telah mencapai status eliminasi kusta dengan angka prevalensi kusta tingkat nasional sebesar 0,9 per 10.000 penduduk. Namun sejak tahun 2001 sampai dengan tahun 2018, situasi epidemiologi kusta di Indonesia cenderung statis dengan angka prevalensi 0,7 per 10.000 penduduk. Penemuan penderita kusta baru berada pada kisaran 16.000-18.000 per tahun, serta masih tingginya tren penderita kusta baru dengan disabilitas tingkat 2 dan proporsi kasus kusta baru anak masih di atas 10% pada tahun 2018.

Frambusia, pada tahun 2019 masih ditemukan kasus baru sebanyak 355 kasus. Jumlah ini menurun dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 1999 kasus baru. Kasus tersebar di 79 kabupaten/kota dan 699 desa yang sebagian besar terkonsentrasi di Provinsi Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan Nusa Tenggara Timur.

Dalam upaya penanggulangan dan mencapai eliminasi kusta di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota serta eradikasi frambusia yang dilaksanakan

secara terpadu dan menyeluruh, maka diperlukan peningkatan upaya promosi kesehatan, surveilans yang meliputi penemuan dini kasus baru dan pelacakan kontak, pemberian obat pencegahan, dan pengobatan termasuk perawatan diri untuk mencegah disabilitas. Untuk frambusia, pendekatan yang dilakukan harus komprehensif, yakni promotif-preventif (perbaikan ekonomi, akses air bersih dan sanitasi), deteksi dini kasus, dan pengobatan yang optimal.

5. Surveilans penyakit berbasis laboratorium.

Surveilans pada dasarnya adalah pengumpulan, analisis dan interpretasi data kesehatan secara sistematis dan terus menerus, yang diperlukan untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi upaya kesehatan masyarakat. Peran surveilans sangat penting dalam perbaikan intervensi kesehatan masyarakat, khususnya pencegahan dan penanggulangan penyakit.

Untuk mengidentifikasi kasus penyakit, bisa digunakan basis klinis maupun basis laboratorium. Dalam konteks penyakit yang baru muncul (*new emerging diseases*), maka konfirmasi laboratorium adalah suatu keniscayaan. Pandemi Covid-19 merupakan pembelajaran yang sangat berharga tentang pentingnya laboratorium konfirmasi sebagai pilar surveilans.

Sesuai dengan hasil evaluasi *Joint External Evaluation* (JEE) terkait kemampuan sistem laboratorium nasional, diidentifikasi bahwa kapasitas laboratorium kesehatan masyarakat (laboratorium surveilans) perlu ditingkatkan, baik dari sisi kuantitas dan kualitas (sarpras, kompetensi SDM, dan kemampuan uji). Ke depan, perlu dibangun sistem surveilans nasional yang kuat, yang melibatkan semua laboratorium klinik dan laboratorium kesehatan masyarakat. Juga harus dikembangkan laboratorium kesehatan masyarakat dengan distribusi yang memadai serta kemampuan laboratorium yang adekuat, untuk menangani penyakit yang berpotensi menimbulkan wabah dan penyakit yang baru muncul (*new emerging diseases*).

III. LINGKUNGAN STRATEGIS

A. 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.

B. 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 prasarannya, 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.

C. 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.

Akses 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 JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

Dalam Rencana Aksi Program P2P 2020 - 2024 tidak ada visi dan misi Direktorat Jenderal. Rencana Aksi Program Direktorat Jenderal P2P 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 Ditjen P2P terhadap Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan

kegiatan promotif dan preventif diwujudkan dalam bentuk pelaksanaan pencapaian tujuan Ditjen P2P, yaitu: Terselenggaranya pencegahan dan pengendalian penyakit serta masalah kesehatan jiwa secara berhasil-guna dan berdaya-guna dalam mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui :

1. Pelaksanaan Surveilans Karantina Kesehatan.
2. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor Zoonotik.
3. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung.
4. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
5. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA.
6. Pelaksanaan Dukungan Pelayanan Kekekarantinaan di Pintu Masuk Negara dan Wilayah.
7. Pelaksanaan Dukungan Pelayanan Surveilans dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Untuk Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
8. Pelaksanaan Dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada Program P2P

II. Sasaran Strategis

Sasaran Strategis Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dalam Rencana Aksi Program P2P berisi sasaran strategis Program P2P dalam Renstra Kemenkes yang diperkuat dengan beberapa sasaran lain sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Ditjen P2P. Sasaran tersebut adalah meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta meningkatnya kesehatan jiwa pada akhir tahun 2024 yang ditandai dengan:

No	Tujuan	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis
1	Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat	1. Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit dengan mengutamakan pendekatan faktor risiko	1) Menurunnya insidensi TB menjadi 190 per 100.000 penduduk pd tahun 2024 2) Menurunnya insidensi HIV menjadi 0,18% pd tahun 2024 3) Meningkatkan eliminasi malaria di 405 kab/kota 4) Kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap sebanyak 95 % 5) Meningkatnya Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM
		2. Meningkatnya pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat	1) Persentase kab/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM

BAB III.

ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI, KERANGKA REGULASI DAN KERANGKA KELEMBAGAAN

I. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI

Untuk mendukung kebijakan nasional pembangunan kesehatan, yakni meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dan mendorong peningkatan upaya upaya promotif dan preventif, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Kementerian Kesehatan juga telah menetapkan enam (6) Tujuan Strategis, yang dijabarkan menjadi empat belas (14) Sasaran Strategis, dalam menjalankan pembangunan kesehatan 2020 – 2024 yang salah satunya Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit dengan mengutamakan pendekatan faktor risiko

II. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI DITJEN P2P

Arah kebijakan dan strategi kegiatan Ditjen P2P adalah mendukung kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan yang didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Arah kebijakan tersebut adalah Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit dengan mengutamakan pendekatan faktor risiko dan Meningkatkan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.

Strategi program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020 - 2024 mengacu pada strategi Kementerian Kesehatan yang kemudian dijabarkan melalui strategi aksi Program di Direktorat Jenderal P2P sebagai berikut:

- a) Perluasan cakupan deteksi dini PM dan PTM, termasuk pencapaian cakupan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
- b) Pengembangan real time surveilans melalui penguatan sistem surveilans nasional dan penguatan sistem jejaring laboratorium nasional, termasuk penguatan laboratorium kesehatan masyarakat.
- c) Peningkatan inovasi pengendalian vektor, termasuk pengendalian vektor terpadu, dan pengendalian vektor secara biologis.
- d) Penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera;
- e) Penguatan legislasi, kebijakan dan pembiayaan untuk kegawatdaruratan kesehatan masyarakat

- f) Peningkatan advokasi dan komunikasi
- g) Peningkatan program pencegahan resistensi antibiotika, penyakit zoonosis, keamanan pangan, manajemen biorisiko
- h) Penguatan sistem laboratorium nasional
- i) Penguatan *reporting* dan *real time surveillance*
- j) Membangun sistem kewaspadaan dini
- k) Membangun kemampuan fasyankes untuk respon cepat
- l) Peningkatan kemampuan SDM

III. KERANGKA REGULASI

Dalam penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi Ditjen P2P dalam dukungan manajemen dan teknis lainnya tentunya membutuhkan dukungan regulasi yang menjadi landasan dan dasar hukum sehingga tidak salah arah dan mempunyai aspek perlindungan yang kuat.

Disamping peraturan perundang-undangan yang disusun oleh Lintas sector dan Kementerian Kesehatan dalam rangka mendukung tercapainya sasaran strategis Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dan sasaran strategis P2P, beberapa regulasi yang dibutuhkan antara lain :

1. RPP tentang Peraturan Pelaksanaan UU Keekarantinaan Kesehatan
2. RPP tentang Perubahan PP 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan
3. RPP tentang Upaya Kesehatan Jiwa
4. Perpres tentang Penanggulangan TB
5. Rerpres tentang Koordinasi Upaya Kesehatan Jiwa
6. Perpres tentang Penanggulangan PTM

IV. KERANGKA KELEMBAGAAN

Kerangka kelembagaan yang telah disusun (desain organisasi) telah dijabarkan dalam peta proses bisnis Ditjen P2P, yang bertujuan untuk memetakan keseluruhan alur proses dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Ditjen P2P, sekaligus

akan dipetakan keterlibatan dan peran dari lintas sektor/pemangku kepentingan/masyarakat dalam pelaksanaan alur proses kegiatan di Program P2P.

Berdasarkan peta proses bisnis yang telah disusun selanjutnya akan dibentuk struktur organisasi Ditjen P2P yang tepat ukuran dengan mempertimbangkan hasil analisis beban kerja, termasuk dengan menentukan spesifikasi jabatan yang dibutuhkan untuk menjalankan tugas dan fungsi organisasi. Hal ini sejalan dengan kebijakan penyederhanaan birokrasi, yaitu memetakan jabatan fungsional yang ahli dan kompeten dalam menjalankan tugas dan fungsi organisasi secara profesional dan menghasilkan kinerja tinggi.

Dengan demikian akan terbentuk organisasi dan tata kerja Ditjen yang tepat fungsi (sesuai mandat peraturan dan arahan strategis), tepat proses (sesuai dengan peta proses bisnis), dan tepat ukuran (sesuai dengan analisis beban kerja), yang diharapkan dapat dinamis, cepat, dan tepat dalam menjawab tuntutan dan kebutuhan masyarakat.

BAB IV. TARGET KINERJA DAN KERANGKA PENDANAAN

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.

Target Indikator Kinerja Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020-2024 ditetapkan sebagai berikut :

1. Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART) sebesar 60 persen.
2. Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (*TBC Succes Rate*) sebesar 90 persen.
3. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria sebanyak 405 kab/kota.
4. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta sebanyak 514 kab/kota.
5. Jumlah kabupaten/kota endemis sebanyak 190 kab/kota.
6. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia kurang dari 18 tahun sebanyak 350 kab/kota.
7. Jumlah Kab/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM sebanyak 514 kab/kota.
8. Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan sebesar 95,0 persen.
9. Jumlah Kab/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan Napza 514 kab/kota.
10. Persentase kab/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM sebesar 86 persen.
11. Jumlah kab/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan sebanyak 472 kab/kota.

I. KEGIATAN

Untuk mencapai target indikator tersebut, maka kegiatan yang akan dilakukan adalah:

A. Kegiatan Surveilans dan Karantina Kesehatan

Sasaran kegiatan ini adalah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap. Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

1. Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap sebesar 95%
2. Persentase anak usia 18-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan Campak Rubella sebesar 95%
3. Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap di Papua dan Papua Barat sebesar 95%
4. Persentase Kab/Kota yang memiliki Pelabuhan/Bandar Udara/PLBDN yang mempunyai kapasitas sesuai standar dalam pencegahan dan pengendalian kedaruratan kesehatan masyarakat sebesar 100%
5. Persentase kabupaten/kota yang merespon peringatan dini KLB (alert systems) minimal 80% sebesar 80%
6. Persentase kabupaten/kota yang memiliki peta risiko penyakit infeksi emerging sebesar 42%

B. Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik

Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit tular vektor dan zoonotik. Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

- a) Jumlah kabupaten/kota yang mencapai api <math>< 1/1.000</math> penduduk sebanyak 500 Kabupaten/kota
- b) Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria <math>< 1\%</math> sebanyak 236 kabupaten/kota
- c) Jumlah Kab/kota yang memiliki $\geq 20\%$ Puskesmas rujukan Rabies Center (RC) sebanyak 184 Kabupaten/Kota
- d) Persentase Kab/kota yang mempunyai IR DBD <math>< 49</math> per 100.000 penduduk sebesar 73%
- e) Jumlah Kab/Kota yang memiliki 25% puskesmas yang melaksanakan Surveilans Vektor sebanyak 200 Kabupaten/Kota

- f) Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi sebanyak 28 desa

C. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung

Sasaran kegiatan ini adalah Menurunnya angka kesakitan dan kecacatan akibat penyakit menular langsung. Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

- a) Cakupan penemuan dan pengobatan TBC (TBC treatment coverage) sebesar 90%.
- b) Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat sebesar >90%
- c) Persentase ODHA baru ditemukan yang memulai pengobatan ARV sebesar 95%
- d) Persentase Kab/Kota yang 50% puskesmasnya melaksanakan tatalaksana Pneumonia sesuai standar sebesar 60%
- e) Persentase Kab/Kota yang 80% puskesmasnya melaksanakan tatalaksana diare sesuai standar sebesar 80%
- f) Persentase Kab/Kota yg melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau C pada populasi berisiko sebesar 100%
- g) Jumlah Kab/kota dengan eradikasi frambusia sebanyak 514 Kab/Kota.

D. Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Sasaran kegiatan ini adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular; meningkatnya pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular. Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

- a) Jumlah Kab/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM \geq 80% Populasi usia \geq 15 tahun sebanyak 514 kabupaten/kota
- b) Jumlah kab/kota yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sebanyak 514 kabupaten/kota
- c) Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) sebanyak 350 kabupaten/kota
- d) Jumlah kabupaten/kota yg melakukan pelayanan terpadu (Pandu) PTM di \geq 80% Puskesmas sebanyak 514 kabupaten/kota
- e) Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini gangguan indera pada \geq 40% populasi sebanyak 514 kabupaten/kota
- f) Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini penyakit kanker di \geq 80% populasi usia 30-50 tahun sebanyak 514 kabupaten/kota

E. Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA

Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa dan napza. Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

- a) Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan sebesar 100%
- b) Penyalahguna Napza yang mendapatkan pelayanan rehabilitasi medis sebanyak 11.500
- c) Presentase penderita Depresi pada penduduk \geq 15 tahun yang mendapat layanan sebesar 50%
- d) Persentase penderita Gangguan Mental Emosional pada penduduk \geq 15 tahun yang mendapat layanan sebesar 50%

F. Dukungan Pelayanan Surveilans dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat

Sasaran kegiatan ini adalah: 1) meningkatnya pelayanan kekarantinaan di pintu masuk negara dan wilayah; 2) Meningkatnya Pelayanan Surveilans dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

- a) Persentase faktor risiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan sebesar 100%
- b) Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan sebesar 100%

G. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya Pada Program Pencegahan dan pengendalian penyakit

Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah

- a) Indeks reformasi birokrasi pada program pembinaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit adalah 60.
- b) Persentase kinerja RKAKL pada program pembinaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebesar 95%

II. KERANGKA PENDANAAN

Guna memenuhi kebutuhan pendanaan secara keseluruhan untuk mencapai target Sasaran Kegiatan sebagaimana tersebut diatas dapat bersumber dari APBN baik yang bersumber dari Rupiah Murni, Pendapatan Nasional Bukan Pajak (PNBP), Pinjaman dan/atau Hibah Luar Negeri (PHLN), serta sumber/skema lainnya seperti Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU) dan *Corporate Social Responsibility* (CSR).

No	Indikator	Alokasi (dalam juta rupiah)				
		2002	2021	2022	2023	2024
1	<i>Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)</i>	98.309	108.140	108.566	109.035	109.550
2	<i>Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC Succes Rate)</i>	124.276	205.884	227.599	247.383	252.493
3	<i>Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria</i>	52.012	70.400	84.500	101.400	121.700
4	<i>Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta</i>	28.494	55.252	58.239	62.230	62.219
5	<i>Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi</i>	75.797	123.100	126.300	130.100	131.000
6	<i>Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun</i>	40.232	43.740	48.134	52.948	58.323
7	<i>Jumlah Kab/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM</i>	181.360	200.960	226.660	250.160	284.260
8	<i>Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan</i>	55.290	67.410	80.520	96.240	114.980
9	<i>Jumlah Kab/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan Napza</i>	44.398	48.474	49.866	51.301	52.576
10	<i>Persentase kab/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM</i>	789.195	868.114	954.925	1.050.460	1.155.460
11	<i>Jumlah kab/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan</i>	100.808	119.668	131.657	144.823	159.305

BAB V. PEMANTAUAN, PENILAIAN, PELAPORAN

I. 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.

Sedangkan indikator yang digunakan dalam melakukan pemantauan adalah kegiatan dan penugasan di setiap staf, subbag dan bagian secara berjenjang yang dilakukan melalui kegiatan di lapangan dan atau pertemuan.

II. PENILAIAN

Penilaian rencana aksi kegiatan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program pencegahan dan pengendalian penyakit bertujuan untuk menilai keberhasilan penyelenggaraan aspek dukungan terhadap program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit 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 efisiensi pengelolaan program.

Penilaian kinerja kegiatan sekretariat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit 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 Program (RAP) Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020-2024 ini disusun untuk menjadi acuan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian upaya Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dalam kurun waktu lima tahun ke depan. Dengan demikian, Sekretariat dan Direktorat di Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit 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 Direktorat di Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit . Oleh karena itu kepada semua pihak yang telah berkontribusi disampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Diharapkan melalui penyusunan Rencana Aksi Program (RAP) Program pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit ini, dapat memberikan kontribusi yang bermakna dalam pembangunan kesehatan untuk menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan akibat penyakit 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.